

# 診 断 書

患者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日    昭・平・西暦                      年              月              日

傷病名 \_\_\_\_\_

傷病発生日                                      年              月              日

初診日                                          年              月              日

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1    今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2    今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

年              月              日

医療機関所在地  
医療機関名  
医師名

印

