

(様式9)

## 診 斷 書

患者氏名

住 所

生年月日

年      月      日

病 名

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 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