

(様式9)

診 断 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