

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(様式9)

診 断 書			
患者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所			
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ヶ月以上の期間、入院加療が必要である。 2 今後、概ね1ヶ月以上の期間、在宅で安静が必要である。 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名 印			

※ボールペン等で記入してください。鉛筆や書いた文字等を消すことができるボールペンは使用しないでください。