

(様式 8)

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 _____

病 名 _____

＜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。
- 3 その他 ()



※ 3 その他の場合、就労について (可能 ・ 不可)
該当する項目を○印で囲んで下さい

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医 療 機 関 所 在 地

医 療 機 関 名

医 師 名