

(様式9)

# 診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 昭・平 年 月 日

病 名

<病 状>

※療養期間が半年以上見込まれる場合はその旨もご記入ください。

※ 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。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医 師 名

印