

(様式 8)

# 診 断 書

患者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭・平 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。

**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