

(参考様式3)

# 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○印で囲み、必要事項を記載してください。

1 今後、概ね1か月以上の期間、在宅での安静又は入院加療が必要である。

在宅での安静又は入院加療が必要な期間：

年 月 日 ~ 年 月 日

2 1には該当しない。

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