

診 断 書

患 者 氏 名

住 所

生 年 月 日 年 月 日生まれ

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。

北 区 長 殿

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

※診断書は診察を行った医療機関等の方が記入してください。

※診断書に疑義がある場合は、こちらから確認・連絡をさせていただく場合があります。