

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

病 名

加療見込期間 年 月 日 ~ ☐ 年 月 日
☐ 未定

※ 加療見込期間が未定の場合は、その理由を下記症状欄に記載してください。

■加療の方法 < 通院・往診・入院・その他() >
(該当箇所を○で囲んでください。)

■傷病の程度 乳幼児の保育が < 困難・可能 >
(該当箇所を○で囲んでください。)

■傷病の程度 介護・看護を < 要する・要しない >
(該当箇所を○で囲んでください。)

症状

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院(医院)名

診療科名

医師

※病院(医院)で書式がある場合は、加療見込期間・加療の方法・傷病の程度を漏れなく記入してください。