

(様式8)

# 診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 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ヶ月以上の期間、在宅で安静が必要である。
- 3 その他 ( )

※その他の場合、就労について ( 可能 ・ 不可 )

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