

(様式2)

診 断 書

住 所 _____ 番地 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名 _____

○介護・介護時間 _____ 時 ～ _____ 時

○加療見込期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○加療の方法 ・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院
・その他 (_____)

○傷病の程度 ・絶対安静 ・常時看護人必要 ・乳幼児保育不可能
・その他 (_____)

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医 師

氏 名 _____ ㊞