

診 断 書

患 者 氏 名 _____ (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

診 断 名 _____

【担当医師の所見】

○主な症状

○必要な治療等（入院治療の必要性及び通院の頻度など）

- ☐ 投薬のみ
- ☐ 通院（月あたりの日数： _____ 日）
- ☐ 往診（月あたりの日数： _____ 日）
- ☐ 入院（入院期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- ☐ その他（ _____ ）

○介護及び看護の必要性

○傷病の程度

- ☐ 絶対安静 ☐ 常時介護・看護人必要
- ☐ 乳幼児保育不可能 ☐ 小学生保育不可能
- ☐ その他（ _____ ）

○治療を要する期間

_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 (期間 _____ か月)

上記のとおり診断します。

年 _____ 月 _____ 日

医 療 機 関 所 在 地 _____

医 療 機 関 名 _____

担 当 医 師 名 _____ (印)

電 話 _____