診断書

（西郷村様式）

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（午後３時～午後５時の間）

　□　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 | ㊞ |
| 電話 |  |