

診 断 書

証書番号 第 号

患者氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

住 所 糸満市

病 名

〈 病状 〉 初診年月日 : 昭和・平成・令和 年 月 日

※ 以下のうち該当する番号に○印を記入してください。

- 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か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

⑩

医療機関所在地

電 話 番 号 (— —)