

診断書

(宛先) 東村山市長

氏名		生年月日	年 月 日
病名			
治療期間(見込み)	年 月 日～	年 月 日	
入院期間(歴)	年 月 日～	年 月 日	
外来通院回数	回/年・月・週		
治療の状況			
備考			

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

名称

電話番号

診療担当科

医師氏名

印