

診断書

(宛先) 東村山市長

疾病の事由に該当するかた用

氏名		生年月日	年 月 日生
病名			
治療期間 (見込)	年 月頃まで ・ 不明		
入院期間 (歴)	現在・過去 年 月 日～ 年 月 日		
外来通院回数	1週間に 回 または 1ヶ月に 回		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 居宅内療養 (常時病臥) <input type="checkbox"/> 居宅内療養 (感染症) <input type="checkbox"/> 居宅内療養 (精神性) <input type="checkbox"/> 一般療養 (週3回以上の通院が必要) <input type="checkbox"/> 一般療養 (常時病臥ではないが看護・介護を要する) <input type="checkbox"/> 上記以外の通院加療または自宅療養が必要		
所見			

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

名称

電話番号

診療担当科名

医師氏名

印

