（様式９）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **診　　断　　書**  患者氏名  住　　所  生年月日　　明・大・昭・平　　　年　　月　　日    病　　名 | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|  | ＜病　状＞ |  |
| ※　以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。  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  　　　医療機関所在地  　　　医療機関名  　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | |