（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 |