

診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 昭・平・令 年 月 日

病 名

<病 状>

※ 次のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
（令和 年 月 日に入院）
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。
（令和 年 月 日から安静が必要な状態である）

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

注 町村役場への提出期限までに提出できない場合は、入院加療や安静が必要となった状態の始期を確認する必要があるため、それぞれの始期を（ ）内に記入してください。