

# 診 断 書

住 所 朝日村 番地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

○加療見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日

○加療の方法 ・投薬のみ ・通院 ・往診 ・入院  
・その他 ( )

○傷病の程度 ・絶対安静 ・常時看護人必要 ・乳幼児保育不可能  
・その他 ( )

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所

医 師

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)