

(様式 9)

# 診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 大・昭・平・令 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