

証書番号	
受給資格者氏名	

(様式 8)

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名 _____

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を必ず○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。
- 3 今後、概ね 1 か月以上の期間、日常生活を送る上で、全面的に介護、介助が必要である、又は常に嚴重な注意を要する。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師名

※ かかりつけ医で診断を受けてください。