診　　断　　書

患者氏名

住　　所

生年月日　　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日

病　　名

＜病　状＞

※　以下のうち該当する番号を〇印で囲んで下さい。

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

JFP105