

診 断 書

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

傷病名 _____

医療機関に記入いただく様式です。

2 上記の者は、日常生活において常時介護の必要を認める。

治療（療養）見込期間 年 月 日～ 年 月 日 _____

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

印