

診 断 書

住所 _____

名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

傷 病 名

加 療 期 間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※入院・自宅療養を含む

病気の程度（状況・通院頻度等）

上記疾病により（ 自宅で保育できない ・ 介護を必要とする ）状態であると
診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____ (印)