

(様式 8)

診 断 書

患者氏名 **児扶 花子**
住 所 **奈良市二条大路南 1-1-1**
生年月日 **昭和 50 年 1 月 1 日**
病 名 **〇〇〇病**

〈病 状〉

〈医師による記述〉

〈注意事項〉

【13条の3の(3) 傷病、(4) 介護】に該当する場合提出可。

- ・問い合わせがあった人にもみ送付しています。
- ・すべて医師に記入してもらってください。
- ・下部日付以降は直筆でも医療機関名のゴム印等でも構いません。印はないと不備になります。
- ・症状について1と2の選択があるがいずれかを選択してください。
- ・内容がこの様式8号が求めるものを満たすのであれば、別様式でも構いません。

※ 以下のう

- 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2年8月1日

医療機関所在地 **奈良市学園南 3-1-5**
医療機関名 **奈良市西部診療所**
医師名 **特児 次郎**

特児