

（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 ○○○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。

- ・すべて医師が記入。
- ・下部日付以降は直筆でも医療機関名のゴム印等でも可。印は必須。
- ・症状について 1 と 2 の選択があるがいずれでも可。
- ・内容がこの様式 8 号が求めるものを満たす（下記 1 または 2 の内容がちゃんと記載されている）ものであれば別様式でも可。

※ 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。

○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 児扶 次郎

児扶