

診 断 書

患者	住所
	氏名
病名	
病状	
稼働能力の有無	<p>1 就床・安静を必要とする</p> <p>2 家事程度の作業が できる ・ できない</p> <p>3 子どもの保育が できる ・ できない</p>
○今後の治癒見込期間	
入院：	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
通院：	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
自宅療養：	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
上記のとおり診断します。	
令和 年 月 日	
(宛先) 三戸町長	
医療機関名	
担当医師氏名	
(印)	

※ この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。