

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>
<p>○今後の治癒見込期間</p> <p>入院： 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで</p> <p>通院： 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで</p> <p>自宅療養： 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 三戸町長</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名 (印)</p>	

※ 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。