第２号様式

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　　　　　　断　　　　　　書 | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | 生　年　月　日  （年齢） | | 年　　月　　日  （　　歳） | |
| 現　住　所 | |  | | 性別 | | 男　・　女 |
| 傷 病 名 | |  | 発 病 年 月 日 | | 年　　月　　日 | |
| 初 診 年 月 日 | | 年　　月　　日 | |
| 原　　　因 | |  | 既 往 症 | |  | |
| 症状及び現在  までの治療の  内容，期間，  経過その他参  考となる事情 | |  | | | | |
| 入 院 期 間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | |
| 治 療 期 間  の 見 込 み | |  | | | | |
| 総  合  所  見 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  令和　　年　　月　　日  医療機関名及び所在地  電話 　　　 医師名（自署） | | | | | | |

（注）　総合所見は，重度の疾病又は負傷（例えば，独力で食事，排せつ，歩行，衣類の着脱その他の生活

　　　　 に必要な基本的動作ができない状態）であるかどうかという観点から記載して下さい。