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。