

(様式8)

# 診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

1 病 状

2 療養の必要性（以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。）

- 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。
- ③ その他( )

上記のとおり診断する。

豊見城市長 殿 令和 年 月 日

医療機関所在地  
医療機関名  
医師名

印