**診断書**

発行日 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | | | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 氏名 |  | 様 |
| 住所 | 〒 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 診断内容 | |
| 病名 |  |
| 症状 |  |
| 所見 |  |
| 療養  （見込み） | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　日間） |

|  |  |
| --- | --- |
| 特記事項 |  |

上記のとおり、診断いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 担当医師 |  | 印 |
| TEL | （　　　　　　　　） | |