

# 診 断 書

氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

診断名 \_\_\_\_\_

初診時の主訴 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

現在の症状  
治療内容及び通院回数 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

育児への影響 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

看(介護)護や自宅安静の必要性 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

治療期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (予定・未定)

上記のとおり診断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・所在地 \_\_\_\_\_

担当医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。