

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 _____

看護（または介護）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 _____

※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。