

医 師 診 断 書

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者名		男・女	昭和・平成 年 月 日
住 所			
診断名	診断名①	診断名②	
	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	
通院要否	通院状況 回／ 月・週		
	☐ 上記診断名により定期的な通院が必要		
	☐ 上記診断名により通院は必要ない		
	☐ その他		
現在の症状	☐ 安定している		
	☐ ほぼ安定している		
	☐ 安定していない		
その他特記すべき事項			
令和 年 月 日			
医療機関			
所在地			
名 称			
電 話			
医師氏名			

※様式は任意のもので、記載事項が同等内容の様式(意見書も可)での提出も可能です。