

(様式8)

診 断 書

(児童扶養手当受給者)

患者氏名 _____

住 所 蒲郡市 _____

生年月日 昭和 平成 年 月 日 _____

病 名 _____

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 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。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医 療 機 関 名
医 師 名 _____