

福岡市児童扶養手当用

診 断 書

患者氏名 _____
住 所 _____
生年月日 _____

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。
必ず1又は2のいずれかに○印をお願い致します。
- 1 今後、概ね1ヶ月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1ヶ月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名