

診 断 書

氏名	男 女	生年月日	明・大・昭	年	月	日生
健康保険証	国・後期・社	記号	番号		本人との 続柄	
	事業所名			被保険者氏名		
傷病名						
発病年月日						
経 過						
症状固定時期						
結核性疾患						
精神異常及び 慢性疾患						
感染症						
その他の疾患						
胸部レントゲン 検査				検尿		
血 圧				血液型		
B型肝炎				梅毒		
機能障害						
治療中であれば その治療内容						
服用薬剤名						
上記の通り診断します。			令和 年 月 日			
			所在地			
			医療機関名			
			医師氏名		印	

*全項目について御記入下さい。

ケアハウスコスモス