診 断 書

氏名		男 女	生年月日	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