

診断書

患者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所		性 別	男 ・ 女
	疾 患 名			
	症 状			
<input type="checkbox"/> 在宅で療養可能な程度に症状が安定しているか否か。				
<input type="checkbox"/> 当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。				
<input type="checkbox"/> 短期入所の利用にあたっての医学上の留意点(禁忌事項等)				

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師名

