

## 診断書

氏名		性別	
生年月日	S・H・R 年 月 日		
傷病名			
治療期間 (治癒見込期間)	か月 / 未定		
疾病・負傷の状況	<input type="checkbox"/> 日常生活または社会生活に一定の制限を受ける <input type="checkbox"/> 日常生活の一部に援助(介護)が必要である <input type="checkbox"/> 日常生活の大半に援助(介護)が必要である <input type="checkbox"/> 日常生活に常時援助(介護)を必要として、身の回りのことはほとんどできない		
所見欄			
福崎町長様			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関所在地			
_____			
医療機関名			
_____			
医師名			
_____			