

(参考様式)

診 断 書

氏名

.....
明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

病 名

.....
.....

摘 要

.....
.....
.....

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

医師の氏名..... 印

※同様の内容を備えているものであれば、病院備え付けの様式で差し支えありません。