

入院証明書 (診断書)

1.	氏名			男・女	生年 月日	年 月 日	年 齢
2.	病 名			疾 病 発 生 年 月 日			
ア.	入院の原因 となった傷 病名				年 月 日	いずれかに○印をして下さい。 医師推定・患者申告	
イ.	アの原因				年 月 日	医師推定・患者申告	
3.	治療期間	初診	年 月 日	～ 終診	年 月 日		
		(年 月 日現在加療中)					
第1回目 入院		年 月 日	～ 退院	年 月 日	(年 月 日現在入院中)		
第2回目 入院	年 月 日	～ 退院	年 月 日	(年 月 日現在入院中)			
4.	発病から初診までの経過 (いつごろからどのような症状があったか記入して下さい。)						
初診時の所見及び経過							
5.	今回の疾病 に関して実 施した手術	手術の 種 類	該当するものに○印を つけてください。		(1) 開 頭 術	(2) 開 胸 術	
		手術名			(3) 開 腹 術	(4) そ の 他	
					手術日	年 月 日	
6.	既往症	有	病名	前 医	有	病院名	
		無	治療期間		無	初診日	年 月 日
					年 月 日		
上記のとおり証明します。							
病院又は診療所の		所 在 地 名 称			電 話	()	—
		医師氏名			Ⓢ		

様式第十四号