

## 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	年 月 日	年 月 日		無	初診日	
					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		③				

様式第十四号