

様式 8

診 断 書

〔児童扶養手当用〕

患者氏名

住 所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

病 名

〈症 状〉

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。

- 1 今後、概ね1か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね1か月以上の期間、在宅で安静が必要である。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名