

診 断 書

見本

住 所 ○○県○○市123-4

氏 名 機構 太郎 殿

生年月日 XXXX年○月△日 生

病 名 脳出血

摘 要

令和○年2月14日上記発症。  
同日より現在まで当院に入院加療中である。

2月28日に手術。  
術後3か月間の入院期間、退院後3か月間の自宅療養および  
リハビリテーション実施を要するため、  
令和○年2月14日から8月31日まで就労困難な状態である。

以下、余白。

上記の通り診断する。

令和○年5月1日

○○県○○市1-2-3

○○病院

TEL 000-000-0000

医師 奨学 太郎