診　　　断　　　書

【氏　名】　　　　　　　　　　　【生年月日】　　　　　　年　　月　　日　　生

【診断名】　　　　　　　　 　　 　　　 □精神的疾患　　□身体的疾患

【通院回数】（　　週　・　月　　　　回　／　不定期）

【治療期間】　　　　　年　　　月頃まで　　・　　　未定

【現在の状況】

□ 就床・安静を必要とする

□ 子どもの 保育 が できる ・ できない

【特記事項】

上記のとおり診断します。

　　年　　月　　　日

　　　多久市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

医療機関名

担当医師　　　　　　　　　　　　　㊞

※上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。