

診断書

患者氏名		性別	
生年月日		年齢	
住所			
傷病名			
症状・治療状況			
服薬等情報			
急変の可能性について			
急変した場合は可及的早急に患児の診療を引き受けることも含め、治療に協力いたします。 <input type="checkbox"/> 同意いたします			
医療者の同行の必要性について <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 特に必要なし <input type="checkbox"/> その他（右記記載）			

上記の通り診断いたします。

診断日： _____

医療機関名： _____

住所： _____

電話番号： _____

メールアドレス： _____

FAX 番号： _____

診療科： _____

医師氏名： _____ 印