

主治医の意見書

河南町長 殿

年 月 日

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

医師名 _____ 印

電話番号 _____

氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所		性 別	男 ・ 女
初診日	年 月 日		
診断名			
現在の 状 況 ※該当項目番 号に○印のう え、ご記入く ださい	1 年 月 日から 年 月 日まで 入院予定であり、 週 日以上の看護・付添を要する 2 月に 日程度の通院・加療が必要であり、付添を要する 3 自宅療養中で常時介護を要する		
その他 特記事項			

※この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。