

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。