

# 診断書

患者住所 石岡市 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正  
昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才) 男・女

対象疾患名 \_\_\_\_\_  
(難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第1項における指定難病名を記載のこと)

初診日 年 月 日

指定難病に関する病状 (令和元年10月1日以降も通院等治療の継続が必要か否か)

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師氏名

印