

診 断 書

患者様情報	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日 （ 歳）
住 所	〒

診断内容	
傷 病 名	
症 状	
必要な リハビリ回数	回程度／週
特記事項	

上記のとおり診断いたします。

診 断 日 年 月 日
医療機関名
所 在 地
電 話
担当医師名