

## 通 院 （ 入 院 ） 証 明 書

|                                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 通院（入院）者氏名                                |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  |
| 通院（入院）の状況                                | 通院                                                                                                                                                          | <div style="text-align: right;">年    月    日    通院開始</div> <div style="text-align: right;">年    月    日    完治予定</div> <div style="text-align: right;">週・月    _____ 回程度</div> |  |
|                                          | 入院                                                                                                                                                          | <div style="text-align: right;">年    月    日    入院</div> <div style="text-align: right;">年    月    日    退院（予定）</div>                                                        |  |
| 病 名                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  |
| 通 院 の 場 合<br>日 常 生 活 の 概 況<br>○を付けてください。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・症状が非常に重く、一日の大部分を横になって過ごすことが多い。</li> <li>・病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。</li> <li>・病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。</li> </ul> |                                                                                                                                                                            |  |
| 備 考                                      | 上記の他、特記すべき事項等があれば記入してください。                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |  |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年        月        日

医療機関

所 在 地

電話番号

医 師 名

