

通院（入院）証明書

通院（入院）者氏名			
通院（入院）の状況	通院	年 月 日	通院開始 完治予定 週・月 _____回程度
	入院	年 月 日	入院 退院（予定）
病 名			
通院の場合 日常生活の概況 ○を付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。 		
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

