

## 受診状況等証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

傷 病 名 \_\_\_\_\_

発病年月日 昭和・平成 年 月 日

傷病の原因または誘因 \_\_\_\_\_

発病から初診までの経過

初診年月日 昭和・平成 年 月 日

終診年月日 昭和・平成 年 月 日

終診時の転帰 (治癒・転医・中止)

初診より終診までの治療内容および経過の概要

※ 次のいずれかに○印をつけてください。

上記の記載は、(1)当時の診療録より記載したものです。

(2)当時の受診受付簿、入院記録より記載したものです。

(3)その他 ( ) より記載したものです。

(4)昭和・平成 年 月 日の本人の申立によるものです。

\* (1)～(3)の複数に○印をつけた場合は、それぞれに基づく記載内容の範囲が明確にわかるように記載してください。

平成 年 月 日

医療機関名及び住所

医 師 の 氏 名

Ⓜ