

入院・治療証明書

氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
住所				
ア. 傷病名			先天性 (有・無) 精神障害 (有・無)	
イ. (ア) の原因		ウ. 既往症		
今回の傷病での 前医・紹介医	有・無	病(医)院名	医師名	治療期間
				年 月～ 年 月頃迄
初診日	年 月 日	発病日	年 月 日 (頃・不詳)	
上記 (ア) に関わる入院期間				
	①	年 月 日 ～	年 月 日	(実入院日数 日)
	②	年 月 日 ～	年 月 日	(実入院日数 日)
	③	年 月 日 ～	年 月 日	(実入院日数 日)
上記 (ア) に関わる退院後の通院期間				
	①	年 月 日 ～	年 月 日	(実通院日数 日)
	②	年 月 日 ～	年 月 日	(実通院日数 日)
	③	年 月 日 ～	年 月 日	(実通院日数 日)
実通院治療日 (○印をつけてください。)				
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計		
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計		
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計		
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計		
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日		
上記の通り証明いたします。				
年 月 日				
所在地				
名称 _____ 科				
医師氏名 _____ (印)				