

# 入院・治療証明書

氏名		男・女	昭和 平成 令和	(満 歳) 年 月 日生
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			
初診日	年 月 日	発病日または受傷日 年 月 日 (頃・不詳)		
前医 または 紹介医	有・無	病院(医院)名および医師名		治療期間
		病院名	医師名	年 月 日から 年 月 日頃迄
上記 (ア) に関わる入院期間				
①	年 月 日	～	年 月 日	(入院日数 日)
②	年 月 日	～	年 月 日	(入院日数 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				