

ひまわり共済会 御中

入院証明書（診断書）

1. 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
2. 病名	傷病発生年月日				
ア.入院の原因となつた傷病名			年月日	いずれかに○印をしてください 医師推定 ・ 患者申告	
イ.アの原因			年月日	医師推定 ・ 患者申告	
3.治療期間	初診 年 月 日 ～ 終診 年 月 日 (年 月 日現在加療中)				
	第1回目入院 年 月 日～ 年 月 日 (退院 ・ 現在入院中 ・ 転院)				
	第2回目入院 年 月 日～ 年 月 日 (退院 ・ 現在入院中 ・ 転院)				
4.発病（受傷）から現在までの経過 (いつごろからどのような症状があったか、また検査内容、治療内容、経過等をご記入ください)					
5. 既往症	有 ・ 無	病名	6. 前医	有 ・ 無	医療機関名（科名・所在地）
		治療期間 年 月 日 ） 年 月 日			医師氏名
上記のとおり証明します。					
平成 年 月 日					
所在地					
電話 ()					
病院又は診療所の 名称					
医師氏名 (印)					