第4号様式(第5条関係)

(東京都福祉保健局)

診　　断　　書

氏　名		性別	男・女	生年月日	明大昭平　年　月　日生 (満　歳)
病　名					

診断の内容	現在の症状			
	診断に要した検査の内容			
	今後の治療方針			
	治療見込期間	年　月　日から 年　月　日まで	入院別	入院・通院
診療開始年月日 病名決定年月日		年　月　日 年　月　日	入院 月　日	年　月　日

上記のとおり診断します。

年　月

医療機関コード

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名　　印

(注)　1　この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」及び「小児精神病」の医療費助成申請用です。
2　診断日前６か月以内の資料に基づき記入してください。
3　記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。
4　診断書の有効期間は、診断日から起算して３か月以内です。