

様式第3号の2(第6条関係)

現 症 証 明 書			
氏 名	男・女	傷病名	
	明治 大正 昭和	年 月 日生	
現症所見 の 概 要	一 般 症 状		
	局 所 症 状		
	X 線 所 見		
	検 査 成 績		
療養を必要とする期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	入 院 入 院 外 訪問看護等	
今 後 の 治 療 方 針 の 概 要			
そ の 他 参 考 事 項			
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称及び所在地 医師又は歯科医師の氏名</p>			

備考 この用紙は、A列4番とすること。