

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</p> <p>医師又は歯科医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			

備考 この用紙は、A列4番とすること。