

通 院 （ 入 院 ） 証 明 書

通院(入院)者	氏名	
	住所	
病名・負傷名		
通院(入院)の 状 況	通院期間	年 月 日 通院開始
		年 月 日 通院終了(完治)予定
	通院頻度	週 回程度 または 月 回程度
	入院期間	年 月 日 入院
通院の場合 日常生活の 概 況		年 月 日 退院予定
☐ 症状が非常に重く、一日の大部分をベッド上で過ごさなければならない。		
☐ 病状、服薬等の影響で仕事などを中断し、療養する必要がある。		
☐ 病状が軽易であり、日常生活には特に支障はない。		
その他特記事項		

上記のとおり相違ないことを証明します。

那珂川町長 様

令和 年 月 日

医 療 機 関 名 _____

医 療 機 関 所 在 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____