

診 断 書

氏 名								
生年月日	年	月	日生					
病 名	ICDコード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;">F</td></tr><tr><td style="text-align: center;">・</td></tr><tr><td style="text-align: center;">G</td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			F	・	G		
F								
・								
G								
入 院 区 分	任意入院 ・ 医療保護入院							
治 療 開 始	年 月 日 (推定 年 月 日)							
<p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条第1項に定める「精神障害者」であることを診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>								
診断書使用目的 旭川市精神障害者医療費助成条例第5条による助成資格申請用								