

診 断 書									
氏 名									
生年月日	年 月 日 生								
病 名	I C D コード <table><tr><td>F</td><td rowspan="3">-</td><td rowspan="3"><table><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>・</td></tr><tr><td>G</td></tr></table>		F	-	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			・	G
F	-	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>							
・									
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）								
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。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名									
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									