

診 断 書

住 所 江東区東陽〇丁目〇一〇

氏 名 江東 太郎

生年月日 1930 年 1 月 1 日 生

病 名 〇 〇 〇 〇

【おむつが必要な理由を明記してください。】

上記の通り診断いたします。

令和〇年〇月〇〇日

〇〇〇〇病院

〒135-8383

江東区東陽 4 - 1 1 - 2 8

TEL 3647-4319

医師 東陽 次郎 ⑩