

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

① あり ② なし

※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。
「① あり」の場合は、「(2) 今後予想される必要とする診察実施回数」を
記入してください。

(1) 上記の理由：

(2) 今後予想される必要とする診察実施回数： _____ か月に _____ 回程度

上記のとおり診断します。

(元号)

年 月 日

実施医療機関等

名 称 _____

所在地 _____

診療科 _____

医師名 _____