

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