

# 診断書

患者住所： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 疾患名                       |  |
| 疾患の治療歴                    |  |
| 疾患に対し、他に代替できる治療法がないことの詳細  |  |
| その他<br>(患者のCBN製品の使用状況や効果) |  |

上記のとおり診断します。

診断日：

所在地：

医療機関名：

連絡先：

担当医師：