

入院・通院証明書

※徳之島島内医療機関記入欄

住所	天城町		
氏名		生年月日	年 月 日
上記の者については、下記の理由により島内での治療等が困難と認められるため、次の医療機関の受診を勧める。			
理由：	紹介先医療機関 所在地  名称		
介添者の必要性	無 ・ 有		
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名  管理者又は医師名 印			

※紹介先医療機関記入欄

患者氏名		
疾病名		
診察内容 意見等		
今回の治療等について	入・通院期間	年 月 日から 年 月 日
	介添者の必要性	無 ・ 有
	治療等継続の必要性	無 ・ 有（ 年 月 日頃まで）
上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関名  管理者又は医師氏名 印		