

診 断 書

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

病名 _____

年 月 日 当院初診

年 月 日 _____ 手術施行

年 月 日 _____ 手術施行

年 月 日をもって視力が回復したと診断する。

年 月 日

医療機関名

印

医師名