

[3] 诊断书 (Medical Certificate)

(filled by attendant doctor)

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____
patient's name sex age

诊断名
diagnosis

症状出现日 _____ 初诊日期 _____
Onset date date of first consultation

治疗日期从 _____ 年 _____ 月 _____ 日 到 _____ 年 _____ 月 _____ 日
period of medical treatment from _____ to _____

住院日期从 _____ 年 _____ 月 _____ 日 到 _____ 年 _____ 月 _____ 日
period of hospitalization from _____ to _____

手术名 _____
name of surgical operation

有否其他疾病的影响? ☐ 是: 具体情况 _____ ☐ 否
Any other diseases or infirmity affecting present condition? If yes, please describe:

患者有既往病史和治疗史吗? ☐ 是 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ☐ 否
any treatment for this symptom before? If yes, give date

是否是牙科、怀孕、分娩、流产或由此产生的疾病? ☐ 是 ☐ 否
dental, pregnancy, delivery, miscarriage or sickness caused by these?

是否是慢性疾病的持续治疗、常规体检或预防接种? ☐ 是 ☐ 否
continuous treatment for chronic disease, regular medical examination or vaccination?

日期 _____
Date

医院名
name of hospital

医生签名 _____
doctor's signature