

様式第2号(第4条関係)

診 断 書

患 者 氏 名		年 月 日生 (男・女)
患 者 住 所		
疾 患 名		
症状(日常生活用具の給付を必要とする身体の状況等)		
在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。 (当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。)		可 ・ 否
特記事項		

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
医療機関の所在地
担当医氏名

印