

診 断 書

年 月 日生 男・女

患者氏名

患者住所

疾 患 名

症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）

意見（用具名と給付の必要性、効果等を記入してください。）

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。）

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関

医療機関所在地

担当医師 氏名

印