

様式第2号（第3条関係）

診 断 書

患者氏名

（ 年 月 日生）

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）

日常生活用具種目【 】

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

㊟