

診 断 書

対象者氏名		
対象者住所		
生年月日	年	月 日生
疾病名		
担当医師 の診断	必要とする用具の名称	
	用具を必要とする理由等 (用具を必要とする身体の状態、 在宅で療養が可能な程度に症状 が安定しているか否か等)	
備 考		
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		
印		