

診 断 書

患者氏名

患者住所

生年月日 年 月 日 (歳) 男 ・ 女

疾 患 名

症 状 (日常生活用具を必要とする身体の状況)

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)

以上のとおり判定します。

年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

担 当 医 師

印