様式第１号の２（第７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どうか。（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

医療機関所在地

医療機関名

担当医師　　　　　　　　　　　㊞