

様式第2号の2（第3条関係）

診 断 書

難病患者に係る日常生活用具給付事業の申請に当たり、次のとおり診断します。

患者氏名

生年月日 年 月 日 男・女

患者住所

疾患名

症状

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。)

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師氏名

印