

診 断 書

住 所			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生		
疾病名等	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 疾病名（ ）		
疾病の状況	在宅で療養が可能な程度に症状が安定 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 現在の疾病の状態及び悪化した場合の状態 ( )		
必要と認める用具名			
使用目的及び効果見込み			
その他特記事項			
日常生活において、上記のとおり日常生活用具等が必要であると診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印			