

様式第2号(第5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態等)

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