

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。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印