**診断書**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　　　年　　月　　日生 |
| 患者住所 | 鳥取市 |
| 疾患名 |  |
| 症状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）※難病患者等については、身体症状の変動状況や日内変動等についても記載 |  |
| 在宅で療養が可能な程度に症状が安定してるか（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。） | * 安定している

（判断できる）* 安定していない

（判断できない） |
| その他（用具の使用効果見込みなど） |  |

　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　印