

第2号様式（第4条関係）

診 断 書

○患者氏名（ 年 月 日生 男・女）

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