様式６－２

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。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名　　印