

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。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印