

(様 式)

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。

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師氏名

⑩