

第2号様式（第3条関係）

診 断 書

対象者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
対象者住所			
疾患名			
症 状	在宅療養が可能な程度に症状が安定しているかどうか(該当する番号に○印) 1 在宅療養が可能である。 2 在宅療養が困難である。 (理由)		
	日常生活用具を必要とする身体の状況等		
上記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 連絡先 電話			