

診断書（日常生活用具費支給用）

患者氏名		年 月 日生	男・女
患者住所	千葉市 区		
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)		
症 状			
在宅で療養が可能な程度に病状が安定しているか (当面、在宅での療養が可能であると判断できるか)		<input type="checkbox"/> 安定している (判断できる) <input type="checkbox"/> 安定していない (判断できない)	
日常生活用具を必要とする身体の状態	<input type="checkbox"/> 常時介護を要する	<input type="checkbox"/> 自力で排尿できない	
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態にある	<input type="checkbox"/> 入浴に介護を要する	
	<input type="checkbox"/> その他（以下に記入）		

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

診療担当科名

担当医師 氏名

(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。