

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

標記のものは、下記のとおり、歩行困難な状況であると認められます。

## 記

○ 傷病名 ( \_\_\_\_\_ )

○ 歩行困難であると認められる症状

○ 歩行困難な状況であると見込まれる期間

※けがの場合は必ず記載

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ ヶ月間

○ 使用する歩行補助器具 (該当の場合のみ)

車椅子  杖

その他 ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

医 師 \_\_\_\_\_ 印