

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