

様式第 2 号

診断書（難病患者等用）

年 月 日生（ 歳）男・女

患者氏名

患者住所

疾患名

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。）

症状

（給付を受けようとする用具の必要性が判断できるよう、疾患による身体の状況、用具の有効性等を詳しく具体的に記入してください。）

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