

(診断書様式)

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

標記の者は、下記の傷病により車いすや杖などの補装具等を使用し、歩行困難の状況であると認められます。

傷病名

車いすや杖などの補装具等を使用し、歩行困難の状況を認める期間
(下記のいずれかにご記入下さい)

年 月 日 から 年 月 日 まで

年 月 日 から ヶ月間

その他

年 月 日

医療機関の名称 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

医 師 _____