

(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 \_\_\_\_\_