

様式第2号（第4条関係）

診 断 書

小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付申請にあたり、次のとおり診断します。

患者氏名		生年月日		男・女
患者住所				
疾病名				
症 状				

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。）

年 月 日

医療機関名

医療機関の所在地

担当医師 氏名