

診 断 書

氏 名		男 女	年 月 日生	歳
住 所				
障がい名及び原因 となった疾病・外傷 名				
補 装 具 の 名 称				
<p>障がい・疾病等の状況</p> <p>難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。</p> <p>1 難病等により、補装具が必要と認められる症状</p> <p>2 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等</p> <p>3 その他参考となる事項</p>				
使用効果見込み				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				