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，在宅での療養か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