

難病患者等用医師診断書（日常生活用具用）

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
疾患名				
症状				
給付を希望する用具				
補装具・日常生活用具を必要とする身体の状況について				

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

担当医師名

印