

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、下記のとおり歩行困難な状況であると認められます。

記

○傷病名 (_____)

○歩行が困難な期間

☐ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

☐ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ ケ月間継続する見込みである。

☐ 歩行困難な状況が永続する見込みである

年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称

所 在 地

医 師 名

印