

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 ( 歳)

傷病名

- 歩行困難の状況が 月間継続する見込みである。
- 歩行困難の状況が 1 年間以上継続する見込みである。
- その他

( )

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

病院又は診療所  
の所在地、名称

医 師

印