

様式第2号（第5条関係）

診 断 書

（下野市難病患者等日常生活用具給付事業用）

受給者番号		生年月日	年 月 日生
患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所			
疾患名			
担当医師の 診 断	必要とする用具の種目、名称		
	用具を必要とする理由等（用具を必要とする身体の状況、在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か等具体的に）		
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師 氏名 印</p>			