

様式第3号（第3条関係）

診 断 書

1 患者氏名 年 月 日生

2 患者住所

3 疾患名

4 症 状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）

5 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、在宅での療養が可能であると判断できるか。）

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

印