

(参考様式)

## 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

標記の者は、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 ( \_\_\_\_\_ )

○ 使用する歩行補助器具

車椅子

杖

○ 歩行補助器具の使用期間 (いずれかに御記入ください)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ ケ月間

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

医 師 \_\_\_\_\_ (印)