

(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)