

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 (才)

傷病名

☐ 歩行困難（又は歩行に介助者の特別な注意が必要）な状況が 月 (又は 年) 継続する見込みである。

☐ 歩行困難の状況が永続する見込みである。

*妊婦の方への診断については、歩行困難の見込み期間についての記載は不要です。

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院又は診療所
の所在地、名称

医 師

印