

診 断 書

対象者氏名		生年 月日	年 月 日生
対象者住所	野々市市		
疾 病 名			
症 状	在宅療養が可能な程度に症状が安定しているかどうか (該当箇所に○印) ① 当面、症状急変の可能性が少ないと判断が (できる ・ できない) ② 疾病の重症度が在宅療養可能な程度と判断が (できる ・ できない) (上記①②の主な理由・状態)		
	日常生活用具を必要とする身体の状態等		
上記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 連絡先 電話番号			