

# 診 断 書

氏 名 \_\_\_\_\_

(生年月日 年 月 日生)

病 名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※以下の項目については、支給認定決定・利用調整に必要となりますので必ずご記入ください

○ 期 間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より【 \_\_\_\_\_か月 / 12か月以上 】

○ 状 況

① 入院 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 【 \_\_\_\_\_か月 / \_\_\_\_\_月上旬・中旬・下旬】

② 常時臥床 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 【 \_\_\_\_\_か月 / 12か月以上 】

③ 居宅内安静 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 【 \_\_\_\_\_か月 / 12か月以上 】

④ 通院加療 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ 【 \_\_\_\_\_か月 / 12か月以上 】

○ 介護の有無 【 有 ・ 無 】

○ その他所見 (できるだけ詳しく記入してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり診断します。

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病院名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_