

診 断 書 ・ 意 見 書

(小児慢性特定疾病児童用)

1. 患者氏名

(男 ・ 女)

2. 生年月日

年 月 日

3. 患者住所

4. 疾病名

5. 日常生活用具の種目

6. 症状 (日常生活用具を必要とする身体の状況等)

7. 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。

(当面、在宅での療養が可能であると判断できるか)

以上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