

診 断 書

氏 名		男 女	年 月 日生	歳
住 所				
障がい名及び原因 となった疾病・外傷 名				
補 装 具 の 名 称				
障がい・疾病等の状況 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。 1 難病等により、補装具が必要と認められる症状 2 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 3 その他参考となる事項				
使用効果見込み				
上 記 の と お り 診 断 し ま す 。 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 診 療 科 名 作 成 医 師 氏 名 印				