

様式第2号(第4条関係)

診 断 書			
患 者 氏 名		年 月 日生	男・女
患 者 住 所	大木町大字 電話() —		
疾 患 名			
病 状 等 (日常生活用具を必要とする身体の状況等)	在宅で療養が可能な程度に病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)		
排 便 動 作	1 常時介助 2 一部介助 3 介助不要		
寝 た き り 度	1 寝たきり 2 一時的に寝たきりの状態がある 3 寝たきりの状態にはない		
排 尿 動 作	1 自力排尿不可 2 一時的に自力排尿不可 3 自力排尿可		
入 浴 介 助	1 常時介助 2 一部介助 3 介助不要		
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師 印</p>			