

診 断 書

患者氏名		性 別	
生年月日			
住 所			
疾 患 名			
病 状 (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。)

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

(署名又は記名押印)

医師の皆様へ

長泉町では、難病患者等の日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資するため、特定疾患に該当する患者で、介護保険法の施策の対象とならない方が別表の対象者欄に掲げる身体的状況にあると認められる場合には、別表の品目欄の日常生活用具を給付することとしております。

つきましては、本制度の趣旨をご理解のうえ、診断書の必要事項欄にご記入くださるようお願いいたします。