

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付診断書

氏名	(男・女)	年 月 日生 (歳)
住所		
疾病名		
症 状	用具を必要とする身体の状態等	
	在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。(当面在宅での療養が可能であると判断できるか。)	
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名</p>		