

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者は、下記のとおり、歩行困難な状況であると認められます。

記

傷病名 _____

期間 歩行困難の状況が _____ ヶ月間継続する見込みである。

歩行困難の状況が 1 年以上永続する見込みである。

その他

[

]

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

医師名

