

様式第1-2号

診 断 書

患者氏名 (生年月日) 年 月 日

申請者住所 延岡市

疾患名

症状 (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症状が安定しているか否か (該当箇所○)。
  - ① 当面、症状急変の可能性が少ないと判断が ( できる ・ できない )
  - ② 症状が在宅療養可能な程度と判断が ( できる ・ できない )

・必要な日常生活用具等 (□にチェック)

- |                                 |                                  |                                |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ネブライザー | <input type="checkbox"/> たん吸引器   | <input type="checkbox"/> 便器    | <input type="checkbox"/> 特殊マット  |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台   | <input type="checkbox"/> 特殊尿器    | <input type="checkbox"/> 体位変換器 | <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 |
| <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |                                 |

以上のおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印