様式第2号（第5条関係）

診　　　断　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 患者住所 |  |
| 患者生年月日 |  |
| 疾病名 |  |
| 日常生活用具の名称 |  |
| 疾病の状況及び給付を必要とする理由 |  |
| 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか |  |
| 上記のとおり、給付が必要と診断します。  　　　　　　年　　　　月　　　　日  医療機関の住所  医療機関の名称  　　　　担当医師  　　　　※氏名を自署する場合には、押印を省略できます。 | |

※ネブライザー、電気式たん吸引器、発動発電機を申請する方で、呼吸機能障害で３級以上（単独等級）の手帳を保持されている場合は診断書不要