

診 断 書

住 所		
ふりがな 氏 名		
生 年 月 日		年 月 日 生
所 見	診 断 名 (歩行困難等の原因と なっている疾病名)	
	参考となる経過 ・ 現症等	

上記の者は、所見のとおり日常生活上の移動に際し、車いすの利用が必要であると診断
します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

㊟