様式第1号の3（第3条関係）

診断書

○患者氏名：

○患者住所：

○生年月日：

○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安定しているか否か

　（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）

上記のとおり診断します。

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師氏名

（自署又は記名押印）