

様式例第4号

診断書（補装具判定難病患者等用）

患者氏名

（ 年 月 日生）

患者住所

疾患名（特殊の疾病告示に掲げる疾病名）

症 状（補装具を必要とする身体の状況等）

以上のおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名