

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