|  |
| --- |
| 診　断　書　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の者は、下記のとおり、歩行困難な状況であると認められます。記　　　傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間　　　□　歩行困難の状況が　　　ヶ月間継続する見込みである。　　　　　　　　□　歩行困難の状況が１年以上永続する見込みである。 　　　　　　　　　□　その他　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ |