

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

1. 歩行が困難である原因

- けが又は病気（傷病名： _____）
 その他（状況： _____）

2. 歩行が困難な期間

- 歩行困難な状況が _____ヶ月間継続する見込みである。
 歩行困難な状況が永続する見込みである。

3. その他（特筆すべき事項がありましたら記載願います。）

(_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称

所在地

医師名

印（署名又は記名押印）

（留意事項）

※「けが人その他歩行困難者」が申請される際にご利用ください。

なお、この診断書は参考様式であり、同じ内容が確認できる医師の署名又は記名押印済の別様式の書面（写し可）を提出いただいても差し支えありません。