

診 断 書

住	所	
氏	名	
生	年 月 日	年 月 日 生
所 見	診 断 名 (歩行困難等の 原因となってい る疾病名)	
	参考となる 経過・現症等	

上記の者は、所見のとおり、日常生活上の移動に際し、車いすの利用が必要であると診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印