

様式第2号(第6条関係)

診断書			
住所	嘉手納町		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日
傷病名			
心身の状況	寝たきり度(ランク 自立 J A B C) 認知症度 (ランク 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) ※別表1及び別表2を参考にして該当するものに○印を記入してください。		
治療状況	1 自宅加療中	2 入院中 (1) 介護保険適用 (2) 医療保険適用	3 施設入所
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 印			