

診 断 書

明・大・昭・平 年 月 日生 男・女

患者氏名 _____

患者住所 _____

疾患名 _____

上記の特定疾患を主たる要因として、別紙「重症患者認定基準表」の対象部位別の症状が現に認められ、かつ、長期間（概ね6か月以上）継続するものと認められるかについて。

欄	該当対象部位	症 状 の 記 載 欄
	眼	
	聴器	
	肢体	
	神経系	
	呼吸器	
	心臓	
	腎臓	
	肝臓	
	血液・造血器	
	その他	

注1：該当対象部位の左欄に を付けてください。

注2：別紙「重症患者認定基準表」を参照の上、御記載ください。

注3：この診断書により重症患者と認定された患者は、医療費の自己負担分が全額公費負担となります。

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

医師の氏名 _____ 印