

診 断 書

様

生年月日 平・昭 年 月 日

診断名.

合併症.

症状 (MRI/CT/XP/検査所見含む)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

リハビリ実施上での特記事項

.....

.....

.....

易骨折性 (有・無 部位 :)
てんかん発作 (有・無 症状 :)
呼吸障害 (有・無 症状 :)

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

診断医師名 印