

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 ( 歳)

傷病名

※いずれかを必ず選択ください

- 移動に配慮が必要な状況が 月間継続する見込みである。
- 移動に配慮が必要な状況が1年を超える、または永続する見込みである。

その他（補足）

( )

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

病院又は診療所  
の所在地、名称

医 師

印

※医療機関の方へ（お願い）

ハートフルパスは、利用期間に応じて発行するため、診断書には必ず移動に配慮が必要な期間を記載いただくようお願いします。