

## 診 断 書

(埼玉県思いやり駐車場制度利用証申請用)

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_

標記の者は、下記のとおり、歩行困難等な状況であると認められます。

### 記

#### 1 歩行困難等の状況

- 歩行が困難又は移動の際に特別な配慮が必要な状況にある
- 車椅子の使用が永続する見込みである

#### 2 歩行困難等の原因

- けが又は病気等の名称：\_\_\_\_\_
- その他 状況など：\_\_\_\_\_

#### 3 歩行困難等の期間（車椅子の使用が永続する見込みである場合は記入不要）

- 歩行困難等の期間：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 まで
- 歩行困難等の期間：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_ヶ月間

#### 4 その他（特筆すべき事項がありましたら記載願います。）

( )

年 月 日

医療機関名：\_\_\_\_\_

所在地：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

医師名：\_\_\_\_\_