

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：_____