

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：_____