

(参考様式)

# 診 断 書

(宮城県ゆずりあい駐車場利用制度申請用)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

上記の者は、下記のとおり歩行困難な状況であると認められます。

## 記

1. 歩行が困難である原因

- けが又は病気（傷病名： \_\_\_\_\_）  
 その他（状況： \_\_\_\_\_）

2. 歩行が困難な期間

- 歩行困難の状況が \_\_\_\_\_ か月間継続する見込みである。  
 歩行困難の状況が永続する見込みである。

3. 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

医療機関の名称

所在地

医師名

印