

診 断 書

患者	住 所	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (歳)
	病 名	
医師所見		

*病状や治療上から、患者の常態に該当するものを○で囲んでください。 ↓

患者は日中、児童の保育ができますか？	できる ・ できない
患者は常時、病床に臥せておられますか？	はい ・ いいえ
患者は日中、家族等（医療機関等以外）の看護や介護が必要ですか？	必要とする ・ 必要としない

入院の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (概ね 1ヶ月以上6ヶ月未満 ・ 6ヶ月以上1年未満 ・ 1年以上)
通院・往診 の場合	()内の該当期間も○で囲んでください	年 月 日 ~ 年 月 日 (概ね 1ヶ月以上6ヶ月未満 ・ 6ヶ月以上1年未満 ・ 1年以上)
	回 数	週 () 回程度の通院・往診を要す

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

(保護者記入欄)

児童氏名	生年月日	利用施設

※証明されている治療期間を経過する場合は、再度新しい診断書を提出してください。