

診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
病 名	
療養状況及び 看護や介護について (全てチェックしてください)	① 患者は常時、病床に臥せておられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	② 患者は日中、家族等の看護や介護が必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②で「はい」の場合、看護や介護の内容をご記入ください。
受 診 状 況	通院(週: 日程度)・(月: 日程度)
	入院(期間など:)
治療見込み期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>上記のとおり診断します</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>担当医師名</p>	

(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。