

診 断 書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名： _____

加療見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日・終身 _____

加療の方法

- 投薬のみ 通院 (1 か月当たり： _____ 日) 往診 (1 か月当たり： _____ 日)
- 入院 (入院期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- その他 (_____)

保護者の疾病について診断する場合

- おおむね1か月以上の入院を要する。
- (居宅療養) 1か月以上常時寝たきりである。
- (居宅療養) 通院加療を行い、常に安静を要する。
- (居宅療養) 通院加療を要し、おおむね半月以上の安静を要する。
- その他 (_____)

保護者が常時、介護・看護する者について診断する場合

- 絶対安静
- 常時介護・看護が必要
- 乳幼児保育不可能

理由 _____)

※具体的にご記入ください。

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____

主治医氏名 _____

※診断書に係る手数料は、自己負担となります。

※診断書に係る内容を無断で作成または改変等を行った場合は、刑法上の罪に問われる場合があります。

【保護者記入欄】

児童氏名	生年月日	利用(希望)施設名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	