

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	