

診 断 書	
<u>住所</u>	
<u>氏名</u>	
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	
<input type="checkbox"/> 投薬のみ <input type="checkbox"/> 通院 (1か月当たり : 日) <input type="checkbox"/> 往診 (1か月当たり : 日) <input type="checkbox"/> 入院 (入院期間 : 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()	
保護者の疾病について診断する場合	
<input type="checkbox"/> おおむね1か月以上の入院を要する。 <input type="checkbox"/> (居宅療養) 1か月以上常時寝たきりである。 <input type="checkbox"/> (居宅療養) 通院加療を行い、常に安静を要する。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 絶対安静 <input type="checkbox"/> 常時介護・看護が必要 <input type="checkbox"/> 乳幼児保育不可能	
理由 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">※具体的にご記入ください。</div>	
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	