

保護者記入欄	教育・保育関係施設名	児童氏名	診断を受けた方と児童との続柄 ※いずれかに○	整理番号
			父・母 その他()	

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書は保護者1人につき1部の提出で結構です。

診 断 書

(施設等利用給付認定用)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住 所 _____

病 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入 院 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

手 術 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

患者の病状についてお答えください。

問 1) 生活(仕事・家事・育児等)に制限はありますか。

無

有 ⇒ 仕事・家事・育児・その他(○をつけてください)に制限が必要である。
(それぞれの制限について具体的にご記入ください)

問 2) 治療状況または方針をご記入ください。

現在・・・

今後・・・

問 3) 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月・月・週)に(_____ 日)の通院が必要と考えます。

問 4) 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をする事は可能ですか。

可能と考える

不可能である ⇒ その状況はいつまで継続すると考えますか [_____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ]
未 確 定

上記のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

電 話 番 号