診　断　書

患者	住　所	
	氏　名	（　男　・　女）
	生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
	病　名	
医師所見		

＊病状や治療上から、患者の常態に該当するものを〇で囲んでください。　↓

患者は日中、児童の保育ができますか？	できる　・　できない
患者は常時、病床に臥せておられますか？ （入院相当者が自宅療養する場合なども含む。）	はい　・　いいえ
患者は日中、家族等（医療機関等以外）の看護や介護が必要ですか？	必要とする　・　必要としない

入院の場合	治療期間 （　）内の該当期間も〇で囲んでください	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 （概ね　１ヶ月以上６ヶ月未満　・　６ヶ月以上１年未満　・　１年以上　）
通院・往診の場合		年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 （概ね　１ヶ月以上６ヶ月未満　・　６ヶ月以上１年未満　・　１年以上　）
	回　数	週（　　）回程度の通院・往診を要す

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名　　㊞

（保護者記入欄）

児童氏名	生年月日	利用中の保育施設名
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	

2019年３月