

診 断 書

氏名		生年月日		年	月	日
住所						
患者の 疾病等 の状況	初診年月日	年	月	日		
	病名及び 症状の経過 (患者が被看護(介 護)者の場合、症状の 経過のみでも可)					
今後の 療養状況	療養を必要 とする期間	年	月	日	～	年 月 日
	療養の方法	<input type="checkbox"/> 入院等 (入院期間： 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (通院の回数： 回/週) <input type="checkbox"/> 自宅療養				
	療養の内容					
保育認定に 関すること	児童の保育にあ たることについて (患者が保育認定を受 ける子どもの父母の 場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる				
	看護・介護の必要性 (患者が被看護(介護) 者の場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし				
上記の通り、診断します。						
<p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">医師名 ㊟</p>						

保護者記入欄	保護者氏名	㊟	電話番号		
	保護者住所				
	保育認定 児童氏名				
	在籍園名				