

診 断 書

患 者	氏 名			
	住 所			
	性 別	男・女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
診 断 内 容	傷 病 名			
	初 診 日	年 月 日		
	現在の病状 過去3ヶ月間の病状の経過を含む。			
	治療見込み	<input type="checkbox"/> 入 院 （ 今後__ヶ月間の入院加療が必要 ） <input type="checkbox"/> 通 院 （ 今後__ヶ月間、週__回の通院加療が必要 ） （ 家庭での看護（介護）の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）		
	育児の可否 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 保育は困難である <input type="checkbox"/> 保育は一部支障がある <input type="checkbox"/> 保育に支障はない		
	日常生活の可否	<input type="checkbox"/> 常時看護（介護）を必要とし、自分では身のまわりのことができない <input type="checkbox"/> 食事、排泄、入浴など、部分的に看護（介護）の必要がある <input type="checkbox"/> 看護（介護）の必要はなく、日常生活は普通にできる		
	就労の可否 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 就労は困難である <input type="checkbox"/> 就労は一部支障があるが、軽作業であれば可能である <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である		
特 記 事 項				

上記のとおり診断します。

年 月 日

(所在地) _____

(医療機関名) _____

(担当医師名) _____ Ⓔ

< 記入にあたってのお願い >

※ 1 及び※ 2 は、保育所入所申込みの保護者の傷病状況を証明する場合に、記入をお願いします。