

診 断 書

※保護者等の状況が疾病・けがの場合、こちらの様式をご使用ください。

提出日 年 月 日

氏 名		生年月日	
住 所			
患者の疾病等の状況	初診日	年 月 日	
	病名及び症状の経過		
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	入院期間 年 月 日～ 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 寝たきり (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)
			<input type="checkbox"/> 感染症・精神疾患等 (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)
			<input type="checkbox"/> 安静 (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 通院 (通院の回数 回/週)			
療養の内容			
児童の保育にあたることについて <small>(患者が保育認定を受ける児童の保護者の場合に記入)</small>	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できる		
看護・介護の必要性 <small>(患者が被看護(介護)者の場合に記入)</small>	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> ある程度必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
上記のとおり、診断します。 葦崎市長 宛			
		年 月 日	
		住所	
		医療機関名	
		医師名(※) 署名または記名押印をしてください。	
保護者記入欄	保護者氏名	連絡先電話番号(父・母)	
	児童氏名(園名) ※きょうだい入所は全員記入	()	()

※注意事項※

- ①内容確認のため、医療機関に連絡を取らせていただく場合があります。
- ②保護者記入欄以外の記入は、診断者(証明者)が行ってください。
- ③事実と相違する内容があった場合には、申請の無効・入所の取り消しを行う場合があります。