

診 断 書

患者 住所 階上町

氏名

患者を診断した結果は下記のとおりです。

記

1. 患者の症状

(1) 病 名 _____

(2) 病 状 _____

2. 治療（見込）期間

(1) 入院 年 月 日から 年 月 日頃まで

(2) 通院 年 月 日から 年 月 日頃まで

3・生活状況

- (1) 家族の看護（介護）を必要とする ・ しない
- (2) 就床安静を必要とする ・ しない
- (3) 家事程度の作業ができる ・ できない
- (4) 子どもの保育ができる ・ できない

その他 _____

平成 年 月 日

医療機関 所 在 地

名 称

担当医師名

㊟

※ この診断書は、保育の必要性の認定のため、児童の保護者が階上町長へ提出するものです。