

診 断 書

患 者 住 所	名張市		
患 者 氏 名		生年月日	年 月 日
傷 病 名			
症 状 等			
上 記 疾 病 の 該 当 項 目	①常時伏臥・感染症・難病 ②安静を要する疾病・精神性疾病 ③通院加療		
上 記 疾 病 に よ る 就 学 前 児 童 保 育 の 可 否	①保育が可能 ②保育が部分的に困難 ③保育が日常的に困難 ④保育不可能		
上 記 疾 病 に よ る 看 護 ・ 介 護 の 必 要 性	①常時介護が必要 ②一部介護(食事・排泄・入浴・移動)が必要 ③介護は不要		
初 診 日	年 月 日		
今後の治療(見込)期間 ※必ず記入してください	入院	年 月 日 ~	年 月 日頃まで・未定
	通院	年 月 日 ~	年 月 日頃まで・未定 (通院 週 回・月 回程度)
特 記 事 項 (あれば記入してください。)			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名 張 市 長 宛 名張市福祉事務所長 宛</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 印</p>			

(保護者記入欄)

利用(希望)施設名	
保 護 者 氏 名	
児 童 名	
児 童 名	
児 童 名	