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。）		

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

名張市長　宛

名張市福祉事務所長　宛

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名　　印

（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	