

診 断 書

患者住所	名張市		
患者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		診断日	年 月 日
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	入院	年 月 日 ～ 年 月 日頃まで	
	通院	年 月 日 ～ 年 月 日頃まで (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)

利用施設名	
保護者氏名	
児童名	
児童名	
児童名	