

利用（希望）施設名

利用（希望）施設名

利用（希望）施設名

児童名：(年 月 日生) (継・新)

児童名：(年 月 日生) (継・新)

児童名：(年 月 日生) (継・新)

診 断 書

住 所

大鰐町大字

患 者

氏 名

1. 患者の状態

(1) 傷 病 名

(2) 病 状

- ① 就 床 安 静

(要 ・ 不要)
- ② 日 常 的 介 護

(要 ・ 不要)
- ③ 通院時の付き添い

(要 ・ 不要)
- ④ 家 事 程 度 の 作 業

(できる ・ できない)
- ⑤ 日常的なこどもの保育

(できる ・ できない)

(3) その他参考事項

2. 今後の治療見込期間

(1) 通 院

自 年 月 日

至 年 月 日

通院回数 月 回

(2) 入 院

自 年 月 日

至 年 月 日

退院後の通院見込等

上記のとおり診断します。

年 月 日

大鰐町長 様

医療機関名

担当医師名

印