

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