

診 断 書

筑後市長 様

【患者記入欄】

児 童 氏 名		生	H・R . .	保 第 育 1 施 希 設 望 名
		年	H・R . .	
		月	H・R . .	
		日	H・R . .	
患者氏名		生年月日		児童からみた続柄
		T・S・H・R . .		
住 所：				

【医師記入欄】

※これは保育の必要性を確認するためのものです。

1. 病 名	
2. 現在の病状	
3. 治療に要する期間 <small>(見込みでも記入してください)</small>	入院・通院 (年 月 日～ 年 月 日頃まで)
4. 日常生活能力の所見 <small>(どれか一つにチェックをつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助（介護）が必要である（一部・ほぼ全部） <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 児童の保育能力の所見 <small>(どれか一つにチェックをつけてください)</small> ※児童の保護者以外は、この欄の証明は不要です。	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日	
医療機関名 _____	
所在地 _____	
担当医師名 _____	