

診 断 書

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

病名 _____

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院歴 無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手術歴 無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の病状についてお答えください。

問 生活（仕事・育児・運動等）に制限はありますか

無

有

仕事・家事・育児・運動・その他（ _____ をつけてください）に制限が必要
（制限について具体的にご記入ください。）

問 治療状況と、方針についてご記入ください。

現在の状況

今後の治療方針

問 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

（ _____ か月・月・週）に（ _____ 日）の通院が必要と考えます。

問 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をする事は可能ですか。

可能と考える

不可能である

その状況はいつまで継続すると思えますか（ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃・未確定）

以上のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

保護者記入欄

保育園	児童氏名	児童氏名
申込中 ・ 在園中	_____ 年 _____ 月 _____ 日生	_____ 年 _____ 月 _____ 日生