

診 断 書

氏名 _____

生年月日 _____ . _____ . _____

児童との続柄 父・母・その他 (_____)

施設名	_____
児童氏名 及び 生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	_____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者について、次のとおり診断します。

1. 診断日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 疾病名	_____
3. 診断内容	_____
4. 今後の治療期間	入院 _____ か月 _____ 日間 通院 _____ か月 _____ 日間
5. 児童の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育に支障がない <input type="checkbox"/> やや 保育が困難 <input type="checkbox"/> 保育が困難
6. 家族による看護や介護の状況	<input type="checkbox"/> 看護や介護を必要とする <input type="checkbox"/> 看護や介護を必要としない

(証明日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

猪名川町長 様

所 在 地

医療機関名

電 話

医 師 名

㊟

7. ①看護や介護にあたる者の氏名 _____

②児童との続柄 父・母・祖父・祖母・その他 (_____)