

# 診 断 書

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

児童との続柄 父・母・その他 ( \_\_\_\_\_ )

通学校名	
児童氏名及び 生年月日	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 (児童を保育することができるか)			
	<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	
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

(証明日) \_\_\_\_\_ 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 ( \_\_\_\_\_ )