

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

病 名 _____

<病 状>

※今後の治療見込期間

入院 年 月 日 から 年 月 日 まで

退院後の通院見込等：

通院 年 月 日 から 年 月 日 まで

通院回数：月 回

※【保護者の場合】児童保育の可否（該当する番号を○で囲んで下さい）

- 1 上記の者は、家庭で児童を保育することができる
- 2 上記の者は、家庭で児童を保育することができない

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師名

印

