

保育施設名	
-------	--

児童名	
-----	--

診 断 書

令和 年 月 日
久慈市長 様
医療機関名
所在地
担当医師名 印
電話番号 — —
次のとおり、診断します。

氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
-----	--	-----	---

生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
------	--

傷 病 名	
-------	--

病 状	
-----	--

治療期間	通院	通院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
		通院頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院中	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

総合所見	<input type="checkbox"/> 常時、臥床又は安静に保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない。 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

特記事項	
------	--

※ この書類は、保育施設の利用決定に当たり、療養状況の確認資料として使用するものです。