

診 断 書

筑後市長 様

【患者記入欄】

児 童 氏 名	生	・	・	小 学 校 名
	年	・	・	
	月	・	・	
日	・	・		
患者氏名		生年月日		児童からみた続柄
		T・S・H ・ ・		
住 所：				

【医師記入欄】

※これは保育の必要性を確認するためのものです。

1. 病 名	
2. 現在の病状	
3. 治療に要する期間 (見込みでも記入してください)	入院・通院 (年 月 日～ 年 月 日頃まで)
4. 日常生活能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助(介護)が必要である(一部・ほぼ全部) <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 児童の保育能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください) ※児童の保護者以外は、この欄 の証明は不要です。	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日	
医療機関名 _____	
所在地 _____	
担当医師名 _____ (印)	