

# 診 断 書

(あて先) 昭 島 市 長

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり診断する。

フリガナ 氏 名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)
診 断 日	平成 年 月 日		
傷 病 名			
上記傷病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不可		
症 状 等	※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。		
今後の治療 見込期間	入院 年 月 日～ 年 月 日		
	通院 年 月 日～ 年 月 日 (通院の頻度：週 回/月 回)		
上記傷病による 家族の看護・介護の 必要性及び状況	<input type="checkbox"/> 必要としない		
	<input type="checkbox"/> 必要とする (頻度：週 回/月 回)		
	※介護・看護が必要な状況を、具体的に記入してください。		

保護者記入欄 ※申請中で提出する方は、第1希望の利用施設名を記入し、申請中に○をしてください。

児童氏名 (複数の場合、連名可)	申請中・入所中	利用施設名
	申請中・入所中	