

(保育所等入所用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H・R

年

月

日

病 名

加療見込期間

年

月

日

年

月

日

未定

※ 加療見込期間が未定の場合は、その理由を下記症状欄に記載してください。

■加療の方法 < 通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他 () >
(該当箇所を○で囲んでください。)

■傷病の程度 乳幼児の保育が < 困難 ・ 可能 >
(該当箇所を○で囲んでください。)

■傷病の程度 介護・看護を < 要する ・ 要しない >
(該当箇所を○で囲んでください。)

症状

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院 (医院) 名

診療科名

医師

※病院 (医院) で書式がある場合は、加療見込期間・加療の方法・傷病の程度を漏れなく記入してください。