（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。

（081101）