

診 断 書

つぎのとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

住 所

医師名

(印)

受診者氏名				施設利用児童との続柄	
受診者住所	唐津市 (施設利用児童と 同居・別居)				
受診者生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日				
病名					
経過・療養内容					
初診日	年 月 日	診断日	年 月 日		
今後の治療期間 ※かならず記載していただくようお願いします。					
入院	期間(予定)	年 月 日～ 年 月 日			備考
	期間の記載が 困難な場合				
通院(退院後、引き続き 通院する場合も記入。)	期間(予定)	年 月 日～ 年 月 日			備考
	期間の記載が 困難な場合	(通院頻度等) 週5日以上の通院を要する・週3以上の通院を要する 療養または定期的な通院を要する			
	※該当項目に○	その他()			

1 施設利用児童の保育ができる該当項目を○で囲んでください)

(1) 可 (2) 否 ※20歳未満の受診者については「否」に○

① 否の場合の療養状況

ア 軽度の稼働可能

イ 稼働不能

ウ 安静を要する(年 月から 年 月頃まで または か月・未定)

エ その他 ()

2 保護者や親族からの看護、介護の必要性がある(該当項目を○で囲んでください)

(1) 有 (2) 無

※ 保護者記入欄

施設利用児童名.....(施設名.....)