

診 断 書

氏名		生 年 月 日	年 月 日
住所			
傷 病 名			
初 診 日	年 月 日		
病状及び所見			
通院が必要な 場合の期間	□終了時期は未定		
	年 月 日	から	年 月 日
通院回数：週 回・月 回			
入院が必要な 場合の期間	□終了時期は未定		
	年 月 日	から	年 月 日
加療期間 (見込み)	年 月 日	から	年 月 日頃まで
<p>【医学的見地からの現在の状態】 ※該当する選択肢に<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p>(日常生活)</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、一部介助・支援が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 常時、臥位により安静を保つ必要がある。</p> <p>特記 ()</p> <p>(小学校就学前児童の保育)</p> <p><input type="checkbox"/> 可能と考える</p> <p><input type="checkbox"/> 不可能である</p> <p style="margin-left: 40px;">⇒その状況はいつまで継続すると考えますか (年 月 日頃・未定)</p>			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地・電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 ㊞</p>			

※この診断書は保育の必要性を確認するために使用します。

飯綱町教育委員会 こども子育て未来室 こども保育係 電話 026-253-4769