

診 断 書 (保護者用)

※この診断書は、保育の認定をするために必要な書類となります。捺印のうえ証明をお願いします。

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____
病 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
入 院 歴 無・有⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)
手 術 歴 無・有⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の病状についてお答え下さい。

①生活に制限はありますか。

無

有・・・ 仕事・家事・育児・運動・その他 (○をつけてください)

②制限が有の場合、それぞれの制限について具体的にご記入してください。

③必要と考えられる通院頻度をご記入してください。

_____ 月・週に _____ 日の通院が必要と考えます。

④患者が未就学児童を保育するのは可能ですか。

可能と考える

不可能である・・・その状況は (_____ 年 _____ 月頃まで・未確定)

以上のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

印