

診断書

1. 氏名			
2. 生年月日	年	月	日 男 ・ 女
3. 初診日	年	月	日
4. 診断名			
5. 現在の病状（療養期間のわかる場合は期間をご記入ください。不明の場合、期間は未記入でお願いします。）			
(療養期間 年 月 日まで)			
6. 通院の状況（該当項目に○印等のご記入及び□に✓をしてくださるようお願いいたします。）			
ア. 年 月 日より 入院中 ・ 入院予定 である。			
イ. 1ヶ月に 日、治療のため通院中である。			
ウ. 下記の状況により自宅療養を要する。			
<input type="checkbox"/> 常時寝たきりである。			
<input type="checkbox"/> 日常的に安静が必要である。			
<input type="checkbox"/> その他()			
7. 1の者に係る家庭での保育についてのご所見（該当項目に○印のご記入をお願いいたします。）			
ア. 家庭での保育は困難である。			
イ. 家庭での保育は可能である。			
記載日 年 月 日			
医療機関名		医師名	印

※ この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。

※ この書類に関する費用等の負担は請求者(患者)になります。

※ 診断書の有効期間は5に揚げた療養期間となります。ただし、療養期間が6ヶ月間を超える場合、もしくは療養期間が不明(未記入)の場合は診断日より6ヶ月間が有効期間となります。

保護者記入欄

児童名	生年月日	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中