

診 断 書 （疾病・障害）

患者氏名：_____様

生年月日：_____年 _____月 _____日

1. 病 名

2. 現在の病状 該当する項目にチェックをお願いいたします。

- ☐ 通院加療 →通院頻度（1ヶ月当たり _____日）
- ☐ 入 院 中 →退院の見込み ☐ あり（令和 _____年 _____月頃） ☐ なし ☐ 未定
- ☐ 常時臥床
- ☐ そ の 他（ _____ ）

3. 患者本人が同居する就学前児童の保育をすることについての所見

該当する項目にチェックをお願いいたします。

- ☐ 問題はなく可能と考える
- ☐ 困難であり保育施設の利用が必要と考える
 →その状況はいつから始まったか（令和 _____年 _____月 _____日から）
 いつまで継続すると考えられるか（令和 _____年 _____月 _____日頃・未定）

 上記のとおり診断する。

証 明 日 令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医 師 名

※ この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いいたします。