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。