

# 診 断 書

築上町福祉課提出用

1. 氏 名		男 ・ 女
2. 生年月日	年	月 日
3. 初 診 日	年	月 日
4. 病 名		
5. 現在の病状（療養期間が分かる場合は期間を記入してください。不明の場合は未記入にてお願いします。）		
（療養期間： 年 月 日まで）		
6. 受診等の状況（該当項目に○印及び□にチェックをご記入してくださいようお願いいたします。）		
ア. _____ 年 _____ 月 _____ 日から 入院中 ・ 通院中である。		
イ. 1ヶ月に _____ 日、治療のために通院中である。		
ウ. 下記の状況により自宅療養を要する。		
□ 常時寝たきりである。		
□ 日常的に安静が必要である。		
□ その他（ _____ ）		
7. 当該人の家庭での保育についてのご意見（該当項目に○印のご記入をお願いします。）		
1. 家庭での保育は困難である。                          2. 家庭での保育は可能である。		
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		医療機関 _____
		所在地 _____
		医師名 _____ 印

※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。

保護者 記入欄	保育所名
	児 童 名
	生年月日