

診 断 書

年 月 日

(あて先)印西市長

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

下記のとおり診断します。

①患者氏名		②生年月日	年 月 日
③診断日	年 月 日		
④傷病名			
⑤症状			
⑥入院期間 の見込み	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで		
⑦治癒見込み	年 月 日頃まで ・ 未定		
⑧病状及び 介護の 必要性	ア : 寝たきり又は心身障害であり、常時介護等が必要である		
	イ : 心身の疾病により、常時看護又は介護が必要である		
	ウ : 上記以外の状況で、介護等が必要である		

※⑧については、いずれか該当するものに○を付けてください。

※保育所等は、保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。
本様式は入所に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。

(以下保護者記入欄)

児童と患者との続柄	父	母	祖父	祖母	きょうだい	その他()
希望 保育所等		児童名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)			
			(平成・令和 年 月 日)			