

診 断 書

(あて先) 菊川市長

この「診断書」は参考様式となります。
病院独自の「診断書」の場合は、必要な療養期間、日常生活への程度の記載を依頼してください。
(文書料は、自己負担となります。)

証明日 令和 年 月 日

※証明日が証明書提出日3ヶ月以前の場合は無効となります。

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

担当医師 _____

下記のとおり診断します。

氏 名		
傷 病 名		
病 状		
治療期間 (該当するものに☑)	通院	通院開始日 年 月 日
		通院の頻度 □月 □週 回
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定 入院開始予定日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院中 入院期間 年 月 日から 年 月 日頃まで
総合所見 (日常生活能力の程度) (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 常時、横臥、または安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、治療が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない。
家庭保育の可否		(可 ・ 否) ※いずれかに○印を願います。

【保護者記入欄】

児童名	児童生年月日	※在園(所)の場合
	平成/令和 年 月 日	保育園(部)・放課後児童クラブ
	平成/令和 年 月 日	保育園(部)・放課後児童クラブ
	平成/令和 年 月 日	保育園(部)・放課後児童クラブ