

診 断 書

患者氏名

住 所

生年月日 年 月 日

病 名

<症 状>

※今後の治療見込期間

入院 年 月 日 から 年 月 日 まで

退院後の通院見込等:

通院 年 月 日 から 年 月 日 まで

通院回数:月 回

※【保護者の場合】 児童保育の可否（該当する番号を○で囲んで下さい）

- 1 上記の者は、家庭で児童を保育することができる
- 2 上記の者は、家庭で児童を保育することができない

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印