

# 診 断 書

|                                      |                              |                                 |    |   |   |     |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----|---|---|-----|
| 患 者                                  | 住所：                          |                                 |    |   |   |     |
|                                      | 氏名：                          |                                 |    |   |   |     |
| 病 名                                  |                              |                                 |    |   |   |     |
| 病 状                                  |                              |                                 |    |   |   |     |
| 稼働能力の有無 ※該当項目に必ずチェックしてください。          |                              |                                 |    |   |   |     |
| 就床・安静                                | <input type="checkbox"/> 必要  | <input type="checkbox"/> 必要としない |    |   |   |     |
| 子どもの保育                               | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない   |    |   |   |     |
| 今後の治癒見込期間 ※該当項目にチェックし、期間を記入してください。   |                              |                                 |    |   |   |     |
| <input type="checkbox"/> 入院          | 年                            | 月                               | 日～ | 年 | 月 | 日まで |
| <input type="checkbox"/> 通院          | 年                            | 月                               | 日～ | 年 | 月 | 日まで |
| <input type="checkbox"/> それ以外        | 年                            | 月                               | 日～ | 年 | 月 | 日まで |
| <input type="checkbox"/> 治癒・寛解の見込みなし |                              |                                 |    |   |   |     |
| 上記のとおり診断します。                         |                              | 令和 年 月 日                        |    |   |   |     |
| (あて先) おいらせ町長 殿                       |                              | 医療機関名                           |    |   |   |     |
|                                      |                              | 担当医師名                           |    |   |   |     |
|                                      |                              | ⑩                               |    |   |   |     |

※患者本人が児童の保育をすることができない記載がない、または診断書から保育の必要性が確認できない場合は認定を行うことができません。