**診　　　断　　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 患　者 | 住所： |
| 氏名： |
| 病　名 | |
| 病　状 | |
| 稼働能力の有無  就床・安静　　　　　　□必要　　　　　□必要としない  　　子どもの保育　　　　　□できる　　　　□できない | |
| 今後の治癒見込期間    □入院　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　　年　　　月　　　日まで  □通院　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　　年　　　月　　　日まで  □本日から　　　□３ヶ月程度　□６ヶ月程度　□１年以上　□治癒・寛解の見込みなし  □上記以外　　　　　　　年　　　月　　　日まで | |
| 以前から保育できない場合　　　　　　年　　　　月　　　　日から | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  （あて先）おいらせ町長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名    担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |