

診 断 書

| | | | |
|------|--|------|--------------|
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | |
| 病 名 | | | |
| 診断内容 | 【症状経過・看(介)護や自宅安静の必要性又は家庭生活への影響】 | | |
| 入院期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日まで (予定) |
| 通院頻度 | 月 | 回程度 | |
| 治療期間 | 3か月未満 ・ 3か月 ・ 6か月 ・ 1年位 ・ 2年位 その他 () | | |
| 備 考： | | | |

※ この証明書は、保育の必要性の認定のために使用するものです。

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

⑩