

診 断 書

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

病名 _____

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 入院歴 無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)
 手術歴 無 ・ 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の病状についてお答えください。

問 生活（仕事・育児・運動等）に制限はありますか
 無
 有 _____ 仕事・家事・育児・運動・その他（ _____ をつけてください）に制限が必要
 （制限について具体的にご記入ください。）

問 治療状況と、方針についてご記入ください。

現在の状況 {
 今後の治療方針 {

問 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。
 （ _____ か月・月・週）に（ _____ 日）の通院が必要と考えます。

問 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をする事は可能ですか。

可能である
 不可能である その状況はいつまで継続すると思えますか（ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃・未確定）

以上のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

医 師

< 保護者記入欄 >

私は、新2号認定（新3号認定）の認定要件において、現在の状況を届出します。なお、疾病の状況に変更があった場合は、すみやかに診断書を再提出すること及び認定要件に該当する状況が終了した場合は認定が切れることに同意します。

申請者氏名

児童氏名 _____ （生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）