

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考えますか（ _____ 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 _____ 印

< 保護者記入欄 >

私は、補助金の申請において、現在の状況を届出します。なお、補助申請期間における疾病の状況に、本申請書を提出後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に同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 申請者氏名 _____

児童氏名	(生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)
利用施設名	