|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保育施設名 |  |  | 児童名 |  |

診　断　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  　野田村長　様  医療機関名  所　在　地  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　－　　　　－  　次のとおり、診断します。 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 性　　別 | □男　□女 |
| 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　□令和　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | |
| 傷 病 名 |  | | | | |
| 病　　状 |  | | | | |
| 治療期間 | 通院 | 通院期間　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日  通院頻度　　□月　□週　　　　　回 | | | |
| 入院 | □入院予定 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | |
| □入院中 | 平成・令和　　年 　月　日～令和　 年　 月　日 | | |
| 総合所見 | □常時、臥床又は安静に保つ必要がある。  □日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。  □基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。  □日常生活に支障がない。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 特記事項 |  | | | | |

※　この書類は、保育施設の利用決定に当たり、療養状況の確認資料として使用するものです。