

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	
		電話番号	
		印	
次のとおり、診断します。			
氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回	
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定	令和 年 月 日～令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院中	平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日
総合所見	<input type="checkbox"/> 常時、臥床又は安静に保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない。 <input type="checkbox"/> 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。