

# 診 断 書

【氏 名】 \_\_\_\_\_

【生年月日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

【診 断 名】 \_\_\_\_\_

【現在の状態】 \*該当する番号に○をつけてください。

育 児 に つ い て	
1	家庭での育児は非常に困難であり、常時（週5日以上）の援助を必要とする。
2	家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁（週3日程度）に援助を必要とする。
3	家庭での育児に支障はない。

【症 状】 ※保育が困難な状況を具体的に記入してください。

【通 院】 週・月 \_\_\_\_\_ 回 / \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【入 院】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記のとおり診断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

倶知安町長 様

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

※上記内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。