

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。