

診 断 書 (教育・保育施設入所用)

(2号・3号認定用)

播磨町長

児童氏名 (生年月日)	(H・R 年 月 日生)
	施設名
	(H・R 年 月 日生)
	施設名

1. 受診者氏名

性 別 男・女
生年月日 明治・大正
昭和・平成 年 月 日生

2. 傷病名

3. 治療期間 (または治癒見込み期間)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 疾病・負傷の状態

(A~Dのいずれかにチェックをつけてください。)

入院	<input type="checkbox"/> A : 入院中である。
居宅内療養	<input type="checkbox"/> B : 家庭内において常時臥床状態の安静が必要である。
	<input type="checkbox"/> C : 家庭内において日常生活に著しい制限を要する加療が必要である。 又は、週3日以上通院もしくは通所が必要であると見込まれる。
通院	<input type="checkbox"/> D : A~Cよりは軽度であるが定期的に通院が必要である。

※所見欄

入・通院治療日 (○印をつけて下さい。)

証明月 月より過去 () ケ月間 ※過去3ヶ月間の治療日に○を記入してください。

月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	

上記のとおり療養が必要であると認める。 令和 年 月 日

病院 (診療所) 所在地

病院 (診療所) 名

電話番号 ()

医 師 名