

診 断 書

下記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在 (住所)

医師氏名

印

白 石 町 長 様

住 所	白石町大字	番地
氏 名		
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年 月 日
児 童 と の 続 柄		
病 名		
診 断 内 容		
診 断 日	令 和	年 月 日
初 診 日	令 和	年 月 日
今 後 の 治 療 期 間	入 院 年 ヶ 月 ・ 通 院 年 ヶ 月	
1 ヶ 月 分 概 算 額	(本人支払額) 月	円

※ ○で囲んでください。

- ・療育上の安静度
 1. 安静を要す
 2. 日常生活上支障なし
 3. 稼動不能
 4. 軽度の稼動可能

・家族等の看護、介護の必要性 (有 ・ 無)

・児童保育 (子守り) の可否 (可 ・ 否)