

## 診 断 書

住 所 五島市 \_\_\_\_\_  
(受診者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 児童との続柄 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

1. 上記の者は、次の傷病により幼児（小学校入学前）の保育をできないものと認める。
2. 上記の者は、次の傷病により日常（または入院）生活を送るうえで、他の者による介護を必要とするものと認める。

なお、上記の期間は、今後約 \_\_\_\_\_ 月・日間程度である。

- ・ 傷 病 名 \_\_\_\_\_
- ・ 診断等の状況 (1) 初 診 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(2) 入 院 歴 有・無 最近の入院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃  
(約 \_\_\_\_\_ 月・日間)  
(3) 通院状況 ア. 週 イ. 月 ウ. 年 約 \_\_\_\_\_ 回  
通院時に処置、カウンセリング 有・無

・ 傷 病 の 状 態 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地  
(診療機関) 名 称  
医師名