

診 断 書

| | | | |
|----------------|-----------|----------|--------|
| 患者氏名 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日生 |
| 住 所 | 埼玉県入間郡三芳町 | | |
| 傷 病 名 | | | |
| 症 状 (状 態) | | | |

上記患者の処置・治療等について該当する事項に記入してください

| | | | | |
|--------|--|---------------|-------------------|----------|
| 1.入 院 | 治療に要する 入院期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 2.通 院 | 治療に要する 通院回数 | 週 回 | 通院を要する 期間(見込み) | 年 月 日 まで |
| 3.自宅静養 | 常時臥床・常時臥床ではないが安静を要する・特段の制限はない (安静を要する期間: 年 月 日～ 年 月 日頃まで) | | | |
| 4.その他 | (患者の職業において就労復帰可能時期や育児可能時期等記載できればお願い致します) | | | |

| | | | | |
|-----------------------|---------|------------------|-----------------|--|
| 家 族 の 介 護 の 要 否 | 要しない | | | |
| | 要する | 入院付添の場合 | 患者の入院期間中全日を付き添う | |
| | | | 週 日程度でよい | |
| | | | 患者の入院期間のうち数日でよい | |
| | 自宅介護の場合 | 全介護を要する・一部介護を要する | | |

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名称 _____

所在地 _____

医師名 _____ (印)

-----以下は申込者が記入してください-----

| | | | |
|---------|--|---------------|----------------|
| 保育所・学童名 | | 児童名及び 生年月日 | 年 月 日生 / 年 月 日 |
|---------|--|---------------|----------------|