様式第４号(第４条関係)

診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 患者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　 |

　上記の患者について、次のとおり診断いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 　 |
| 病状(症状) | 　 |
| 入院について(見込み) | 期間：　　　　　年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日までの　　　年　　　月 |
| 通院について(見込み) | 期間：　　　　　年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日までの　　　年　　　月 |
| 日数：月　　　日程度 | 付添いの必要性：□有　□無　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 日常生活について | 常時臥床を：□要する　□要しない　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 家族の看護(介護)を：□要する　□要しない　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 家事程度の作業が：□できる　□できない　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 子どもの保育が：□できる　□できない　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他 | 　 |

年　　　月　　　日

龍ケ崎市長　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 医療機関名 | 　 |
| 担当医師名 | 印　　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者記入欄 | ふりがな児童氏名 | 生年月日 | 入所中申込中 | の別 | 小学校名 |
| 　 | 年　　　月　　　日 | □入所中□申込中 | 　 |
| 　 |
| 　 | 年　　　月　　　日 | □入所中□申込中 | 　 |
| 　 |