

診 断 書

次のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地(住所)

医師氏名

(宛先) 鈴鹿市長

住 所	鈴鹿市		
患者氏名			
生年月日	年	月	日
傷病名	この傷病の初診日 年 月 日		
診断内容(病状)	今後の治療期間	入院	か月
		通院	か月
〈該当の番号を○で囲んでください〉			
・ 上記患者が家族等の助力を要する程度(看護・介護の必要度)			
1 要しない 2 要する			
・ 上記患者が児童を保育する能力			
(患者が児童の父母・又は65歳未満の祖父母の場合のみ記入してください)			
1 保育に支障なし 2 やや保育困難 3 保育困難 4 保育不能			

[保護者記入欄] 児童氏名:

生年月日:

上記患者の児童との続柄: