

# 診 断 書

児童番号 第 \_\_\_\_\_ 号

施設名 ( \_\_\_\_\_ )

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      |        |    |
| 氏 名   |          | 児童との続柄 |    |
| 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     | ヶ月 |
|   |          | 通院     | ヶ月 |
| ・ 本人が児童を保育する能力(該当の番号を○で囲んでください)<br>(本人が児童の父母・又は65歳未満の祖父母の場合のみ記入してください)<br>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 |          |        |    |
| ・ 家族等の助力を要する程度(看護・介護の必要度)<br>1 要しない                    2 要する  |          |        |    |