

診 断 書

患者住所 軽米町大字

第

地割

番地

氏名

印

上記の者を下記のとおり診断いたします。

記

1. 患者の症状

(1) 病名

(2) 症状

2. 治療見込期間

(1) 入院 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日頃まで

(2) 通院 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日頃まで

3. 生活状況

(1) 家族の看護（介護）を必要と（する・しない）

(2) 起床安静を必要と（する・しない）

(3) 家事程度の作業が（できる・できない）

(4) こどもの保育が（できる・できない）

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師

印

備考：この申告書は、児童福祉法による保育の実施にあたり、児童の保護者等が軽米町長に提出するものです。