

診 断 書

氏 名	S・H 年 月 日生
病 名	
病 状	
(保護者の場合) ※ ①・②のそれぞれについてチェックしてください。 ①子どもの保育 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ②就床・安静 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要としない	
今後の治癒見込期間 ※ いずれかにチェックし、期間を記入してください。 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 3か月程度 <input type="checkbox"/> 6か月程度 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 治癒・寛解見込なし <input type="checkbox"/> 上記以外⇒ 年 月 日まで	
(保護者) 以前から保育ができない場合⇒ 年 月 日から	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 (宛先) 田子町長 医療機関 所在地 名 称 担当医師名 ⑩	