

## 診 断 書

桂川町長 宛

**【患者記入欄】**

児童名		生年月日	.	.	第一希望 施設名	
			.	.		
			.	.		
患者氏名		生年月日 T・S・H・R . .		児童からみた続柄		

**【医師記入欄】** ※これは保育の必要性を確認するためのものです。

1. 病名	
2. 現在の病状	
3. 治療に要する期間・頻度 (見込みでも記入してください)	入院・通院 ( 年 月 日～ 年 月 日頃まで) 通院頻度 (週 回程度)
4. 日常生活能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助(介護)が必要である(一部・ほぼ全部) <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 児童の保育能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>所在地 : _____</p> <p>担当医師名 : _____ <span style="float: right;">(印)</span></p>	