

診 断 書

氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	あきる野市			
病 名				
初 診 日	年	月	日	
発病時期	年	月	日頃	
入 院 歴	無・有（ 年 月 日から 年 月 日まで）			
手 術 歴	無・有（ 年 月 日）			
手 帳	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・愛の手帳 _____級・度			

以下の質問にお答えください。（□にレを入れてください。）

1. 生活（仕事・家事・育児・運動等）に制限はありますか。

無

有 仕事・家事・育児・その他（○を付け、詳しくご記入下さい）

（例）常時病床に就いている、絶対安静が必要等

2. 今後見込まれる通院頻度について

____ヶ月・月・週 に ____日の 加療・検診 が必要である。

3. 治療状況または方針について

現在：

今後：

4. 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をすることは可能ですか。

可能である（自宅保育が可能である）

好ましくない・不可能である（質問5へ進んでください）

5. その状況はいつまで続くと考えられますか。

年 月頃まで

このとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師

印