

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
入院歴	無・有（年 月 日から 年 月 日）			
手術歴	無・有（年 月 日）			

以下の質問にお答えください。（□にレを入れてください。）

1. 現在の病状について

- 上記の疾病はすべて完治しており、経過観察も含め通院の必要はない。
- 経過観察中で、定期的な通院が必要である。
- 治療中である。

2. 投薬の有無について（薬名・服用間隔・服用期間・方法等をご記入下さい）

--

3. 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。

4. 治療状況、方針等をご記入下さい。

現在：
今後：

5. 日常生活（集団生活・運動等）に制限はありますか。

無・有（集団行動・運動・食事・その他_____）

6. 医学的見地から、患者が保育所にて集団生活を送ることは可能ですか。

- 可能である 患者に対して集団生活における特別な配慮は必要ない。
- 加配等の配慮が必要である。
- 好ましくない・不可能である

このとおり診断します。

年 月 日

医療機関名 _____
医 師 _____ 印 _____