

施設名	
児童名	(才児)

診 断 書

患者住所.....

氏名.....

上記の者について、下記のとおり診断いたします。

記

1 患者の病状

(1)病名

(2)病状

2 治療見込期間

(1)入院 年 月 日 から 年 月 日頃まで

(2)通院 年 月 日 から 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)就床安静を必要と（する・しない）

(3)家事程度の作業が（できる・できない）

(4)子どもの保育が（できる・できない）

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印

※自署の場合は印は不要です。

備考 この書類は、保育所入所申込みにあたり、児童の保護者等が南部町長に提出するものです。