

診 断 書

介護される人 (患者)	氏名		生年月日	
	住所			
介護する人	氏名			
	住所			
	児童との関係			
病名				
加療見込期間	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日	
加療の方法	投薬のみ ・ 通院 ・ 往診 ・ 入院 その他()			
傷病の程度	絶対安静 ・ 常時介護人必要 ・ 乳幼児保育不可能 その他()			
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医師 住所 氏名 (印)</p>				

* 障がいの方は、障がい者手帳の写しを添付してください。