

診 断 書

児童番号 第 _____ 号

施設名 (_____)

次のとおり診断する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

所在地(住所)

医師氏名

Ⓔ

(宛先)鈴鹿市長

住 所	鈴鹿市		
氏 名		児童との続柄	
生年月日	年	月	日
傷病名	この傷病の初診日		
		年	月
診断内容(病状)	今後の治療期間	入院	ヶ月
		通院	ヶ月
・ 本人が児童を保育する能力(該当の番号を○で囲んでください) (本人が児童の父母・又は65歳未満の祖父母の場合のみ記入してください) 1 保育に支障なし 2 やや保育困難 3 保育困難 4 保育不能			
・ 家族等の助力を要する程度(看護・介護の必要度) 1 要しない 2 要する			