

(放課後児童健全育成施設用)

児童氏名	学年	施設名
	年	
	年	
	年	

診 断 書

※以下、医師記入欄

患者氏名			
児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()	生年月日	年 月 日
住所			
診断名		初診日	年 月 日
現在の症状	※具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 安静を要する状態である		
今後の治療期間	入院	年 月 日 ~	年 月 日頃まで
	通院	年 月 日 ~	年 月 日頃まで
保育の必要性	医学的見地から、患者が小学生の児童を保育することは可能ですか。 <input type="checkbox"/> 可能と考える <input type="checkbox"/> 困難と考える ⇒その状況はいつまで継続すると考えますか。 <input type="checkbox"/> (年 月頃まで継続する見込み) <input type="checkbox"/> 令和7年3月31日以降も継続する見込み		
介護の必要性	医学的見地から、患者に家族の看護・介護は必要ですか。 <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 介助を必要とする ⇒その状況はいつまで継続すると考えますか。 <input type="checkbox"/> (年 月頃まで継続する見込み) <input type="checkbox"/> 令和7年3月31日以降も継続する見込み		

八幡市教育委員会 教育長 宛

診察年月日 年 月 日

医機関名

上記のとおり診断します。

医 師

Ⓜ

電 話