

診 断 書

【保護者等の疾病又は障害等】

氏 名 _____ 様

住 所 _____

病 診 断 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

状 況 ・ 今 後 例: ○○年○月○日より入院手術。今後も外来(通院)にて、薬物療法を継続していく予定等。

※当てはまる箇所にレ点を記入してください。

	入院1か月以上	
	居宅療養	寝たきりの状態1か月以上
		精神性疾患・感染症疾患
		一般療養(1か月以上安静を要する状態)
		一般療養(週3回以上の通院)
		一般療養(週3回未満の通院)
	心身障害	身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、要介護認定3・4・5程度
		身体障害者手帳3・4級、療育手帳B、要介護認定1・2程度
		上記以外の障害

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名 :

住 所 :

診 療 科 :

担 当 医 :

印

※医師の証明または手帳・認定証の写しを添付してください。