

診 断 書

【保護者等の疾病又は障害等】

氏 名

住 所

病 名
診 断 名

初 診 日

年

月

日

状 況 ・ 今 後 例 : 平成〇〇年〇月〇日より入院手術。今後も外来(通院)にて、薬物療法を継続していく予定等。

※当てはまる箇所にし点を記入してください。

		概ね入院1か月以上
	居宅療養	寝たきりの状態1か月以上・常時
		日常に著しく支障があり、他者の介護が必要な場合
		一般療養(運動、外出等に制限がある)
	心身障害	身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、要介護認定4以上程度
		身体障害者手帳3・4級、療育手帳B、要介護認定3以上程度

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。