

# 診 断 書

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

初 診 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

発病時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入 院 歴 無 ・ 有 ⇒ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

手 術 歴 無 ・ 有 ⇒ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

患者の病状についてお答えください。

問1 生活（仕事・家事・育児・運動等）に制限はありますか。

無 ⇒ 問2へお進みください。

有 ⇒ 仕事・家事・育児・運動・その他（○をつけてください）に制限が必要である。  
（それぞれの制限について具体的にご記入ください）

( \_\_\_\_\_ )

問2 治療状況または方針をご記入ください。

現在…

今後…

問3 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ か月・ \_\_\_\_\_ 週・ \_\_\_\_\_ 日 ) に ( \_\_\_\_\_ 回 ) の通院が必要と考えます。

問4 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をする事は可能ですか。

可能と考える

不可能である ⇒ その状況はいつまで継続すると考えますか ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃・未定 )

以上のとおり診断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療機関名

医 師