

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 日から 年 月 日）

手 術 歴 無 ・ 有⇒（ 年 月 日から 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・月・週）に（ _____ 日）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 _____ 日ごろ・未確定）

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師

印