

診 断 書

氏名（児童） _____ 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)

患者の状況についてお答えください。

問1 現在の病状についてお答えください。（番号に○をつけてください）

- (1) 上記の疾病は全て完治している。（経過観察も含め通院の必要はない。）
- (2) 経過観察中で、定期的な通院が必要である。
- (3) 治療継続中である。

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 投薬の有無（薬名・服用間隔・服用期間）を詳しくご記入ください。

問4 生活（集団行動・運動等）に制限や配慮は必要ですか。

無 ⇒ 問5へお進みください。

有 ⇒ 集団行動・運動・その他（○をつけてください）に制限や配慮が必要である。
（それぞれの制限や配慮について、下記に具体的にご記入ください）

(_____)

問5 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。

以上のとおり診断します。

年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____

医 師 _____