

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思われますか (_____ 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 _____