| 施設名 | | クラス<br>年齢 | 才 | 児童名 | |
|---|---|---|---|---|---|

# 診　　断　　書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住　　所 | | | |
| 受診者名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 疾 病 名 | | 初　診<br>年月日 | 年　　月　　日 |
| 受診者の状況<br>該当欄にチェックして下さい。 | (　　)　入院が必要<br>(　　)　居宅療養で安静を要する<br>(　　)　居宅療養は不必要だが、就労は厳しい。<br>(　　)　就労可能 | | |
| 受診者の看護の要否 | (　　)要　・　(　　)否　(該当する方にチェックをしてください。) | | |
| 受診者の看護が「要」の場合、他者からどの程度の看護が必要か、該当するものにチェックを記入してください。 | (　　)　入院付添<br>(　　)　居宅療養の看護が必要<br>(　　)　居宅療養の看護は不必要 | | |
| 受診者が児童を保育できるか<br>(受診者が児童以外の場合) | (　　)可　・　(　　)否<br>(　該当する方にチェックをしてください。　) | | |

上記のとおり医療を要することを認めます。

年　　月　　日

木更津市長　　様

医療機関の 所在地

名　称

電　話

医師名