

入所 施設名	保育園	クラス 年齢	才	入所児童名
-----------	-----	-----------	---	-------

診 断 書			
住 所			
受診者名		生年月日	年 月 日
疾 病 名		初 診 年月日	年 月 日
受診者の状況 該当欄に チェックして 下さい。	<input type="checkbox"/> 入院が必要 <input type="checkbox"/> 居宅療養で安静を要する <input type="checkbox"/> 居宅療養は不必要だが、就労は厳しい。 <input type="checkbox"/> 就労可能		
受診者の 看護の要否	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 入院付添 <input type="checkbox"/> 居宅療養の看護が必要 <input type="checkbox"/> 居宅療養の看護は不必要		
受診者が児童を保育できるか (受診者が児童以外の場合)	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 (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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>木更津市長 様</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: right;">電 話</p> <p style="text-align: right;">医師名</p>			