

入所施設名		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。					
木更津市長			年 月 日		
様			医療機関の所在地		
			名 称		
			電 話		
			医師名		