

診 断 書

草津市長 宛

氏名		生年月日		年	月	日				
病名										
通院および療養期間	※見込みで御記入ください。			入院期間	※入院中または予定の場合					
	年	月	日	から	年	月	日	から		
	年	月	日	まで	年	月	日	まで		
通院の頻度										
	(ヶ月・		週)	に	(回)	程度
日常生活における介助・付き添いについて ※下記の該当する項目1つにチェックしてください。										
<input type="checkbox"/> 自宅・病院等での全介助を要する										
<input type="checkbox"/> 自宅での部分的な介助を要する										
<input type="checkbox"/> 通院等で付き添いが必要である										
<input type="checkbox"/> 自立できているため必要なし										
病状および所見										
上記のとおり診断します。										
診断年月日 年 月 日										
医療機関名										
所在地										
電話番号										
医師名 印										

保護者記入欄

児童名		生年月日		年	月	日	保育施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名		生年月日		年	月	日	保育施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名		生年月日		年	月	日	保育施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)