

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　まで		年　月　日　から 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。					
☐ 自宅・病院等での全介助を要する					
☐ 自宅・病院等での部分的な介助を要する					
☐ 通院等で付き添いが必要である					
☐ 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					

保護者記入欄

児童名		生年月日	年 月 日	施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中
児童名		生年月日	年 月 日	施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中
児童名		生年月日	年 月 日	施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中

◆診断書記入にあたっての留意事項

1. 通院および療養期間、入院期間の終期について未記入の場合は、未定として取扱いいたします。
2. 内容について草津市から問い合わせを行う場合があります。

◆保護者確認事項

1. 本診断書の内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。
2. 内容について草津市から問い合わせを行う場合があります。