**診　断　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 三原市 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 診断名 |  |
| 治療内容 | １：入院　２：通院（ 週 ／ 月　　回・　　時間程度 ）３：自宅療養 |
| 治療期間 | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　見込・未定 |
| 診断に対する所見 |  |
| 児童の保育に対する所見（該当する項目に○を付けてください） | １：上記の者は，児童の保育が完全に不可能な状態である。  ２：上記の者は，児童の日常的な保育が困難な状態である。  ３：上記の者は，児童の日常的な保育が部分的に困難な状態である。 |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| 三原市長　あて  　　上記のとおり，診断します。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関名  所　在　地  医　師　名　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※本書類に関する費用等の負担は請求者（患者）です。