

保護者記入欄	利用(希望)施設名
	子どもの氏名・生年月日
	子どもからみた患者の続柄

診断書

患者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
病名・病状 治療期間				

1～6のうち該当する番号に○を付けてください。

- 1 入院または入院に相当する治療や自宅安静が必要である。
- 2 通院加療を行い、上記1には満たないが常に安静が必要である。
- 3 通院加療を行い、上記1・2には満たないが月16日以上かつ週30時間以上の安静が必要である。
- 4 通院加療を行い、上記1～3には満たないが月16日以上かつ週24時間以上の安静が必要である。
- 5 通院加療を行い、上記1～4には満たないが月16日以上かつ週16時間以上の安静が必要である。
- 6 通院加療を行い、上記1～5に満たない程度の安静が必要である。

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

電話番号 _____