

診 斷 書

登録番号 第 号

次のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地(住所)

医師氏名

(印)

(宛先)竹野の森放課後児童クラブ

住 所	鈴鹿市		
氏 名		児童との続柄	
生年月日	大・昭・平	年 月 日	歳
傷病名	この傷病の初診日 S・H・R 年 月 日		
診断内容(病状)	今後の治療期間 入院 ケ月 通院 ケ月		
<ul style="list-style-type: none">本人が児童を保育する能力(該当の番号を○で囲んでください)			
本人が16歳以下の場合は記入不要			
1 保育に支障なし 2 やや保育困難 3 保育困難 4 保育不能			
<ul style="list-style-type: none">家族等の助力を要する程度(看護・介護の必要度)			
1 要しない 2 要する			