

施設名 _____ 児童名 _____
(年 月 日生) (継・新)
施設名 _____ 児童名 _____
(年 月 日生) (継・新)
施設名 _____ 児童名 _____
(年 月 日生) (継・新)

診 断 書

住 所 弘前市大字 _____
患 者 _____
氏 名 _____

1. 患者の状態

(1) 傷 病 名

(2) 病 状

- | | |
|-----------------------|------------|
| ① 就 床 安 静 | 要 ・ 不要 |
| ② 日 常 的 介 護 | 要 ・ 不要 |
| ③ 通 院 時 の 付 き 添 い | 要 ・ 不要 |
| ④ 家 事 程 度 の 作 業 | できる ・ できない |
| ⑤ 日 常 的 な こ ど も の 保 育 | できる ・ できない |

(3) その他参考事項

2. 今後の治療見込期間

自 平成 年 月 日
(1) 通 院
至 平成 年 月 日
通院回数 月 回

自 平成 年 月 日
(2) 入 院
至 平成 年 月 日
退院後の通院見込等

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日
弘前市福祉事務所長 様

医療機関名
担当医師名

印