

診 断 書

* 氏 名 / _____ * 生年月日 / _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 住 所 / _____

* 病 名 / _____

* 初 診 日 / _____ 年 _____ 月 _____ 日 * 発病時期 / _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 入院歴 / 無 ・ 有 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月

* 手術歴 / 無 ・ 有 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月

* 入院見込み / 無 ・ 有 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月

■ 次の質問にお答えください

【問①】 現在の病状についてお答えください(□にチェックマークを付けて下さい)

- 上記の疾病について全て完治している(経過観察も含め通院の必要はない)
- 経過観察中で、定期的な通院が必要である
- 治療継続中である

【問②】 治療状況または方針をご記入ください

[現在 : _____]

[今後 : _____]

【問③】 投薬の有無(薬名・服用間隔・服用期間等)を詳しくご記入ください

[_____]

【問④】 生活(集団行動・運動等)に制限はありますか？(□にチェックマークを付けて下さい)

- 無
- 有 ⇒ 制限が必要な項目を下記より選択してください(□にチェックマークを付けて下さい)

- 集団行動
- 運動
- その他

[制限の内容について具体的にご記入ください : _____]

【問⑤】 今後見込まれる通院頻度についてご記入、または○で選択してください

[_____ 月 ・ 月 ・ 週] に [_____ 日] の [治療 ・ 検診] のために通院が必要

【問⑥】 医学的見地から、患者が集団保育の中で生活する事は可能と考えますか？

(□にチェックマークを付けて下さい)

- 可能と考える ⇒ 本児に対して生活上の特別な配慮は必要ない

 配慮が必要である [具体的に : _____]

- 好ましくない [理由 : _____]

以上の通り診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 / _____

所在地 / _____

連絡先 / _____

医師 / _____