

診 断 書

廿日市市長 様

傷病者氏名		住所	
生年月日等	年	月	日 ☐ 男 ☐ 女
病名			
症 状			
加療見込期間	(開始) 年 月 日 (終了) 年 月 日		
当該人の介護の要否についてのご意見 (該当項目に○印のご記入をお願いします。)	1 疾病により介護が必要である。 2 介護は不要である。		
年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 印			
保護者記載欄			
保護者(看護者)氏名	傷病者との続柄	住所	
看護者が介護をしなくてはならない理由 看護者と傷病者の住所が異なる場合に記入してください。			
フリガナ 児童名	生年月日	令和 年 月 日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和 年 月 日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和 年 月 日	保育施設名
フリガナ 児童名	生年月日	令和 年 月 日	保育施設名
申込中の場合は第1希望の施設名をご記入ください。			