

診 断 書

患者氏名.....(生年月日 年 月 日)

診 断 名.....

○担当医師の所見

【主な症状】

.....
.....
.....

【治療期間（見込）及び必要な治療等】

治療期間（見込）： 年 月 日 ~ 年 月 日(期間 ヶ月)

・必要な治療

【常時介護・看護を必要とする期間（見込）及びその内容】

常時介護・看護期間（見込）： 年 月 日 ~ 年 月 日(期間 ヶ月)

※常時介護・看護期間（見込）の判断が難しい場合

…診断日から6か月以上に渡る常時介護・看護の必要性

(有 ・ 無 ・ 現時点では診断不能)

・常時介護及び看護の内容

以上のことから、子育ての負担軽減を図るため、保育所入所等の支援を講じることが望ましいと考えられます。

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.....

担 当 医 師 名.....

※自署でない場合は、記名押印してください。

電 話.....