

# 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

.....  
.....

・必要な治療等 (入院治療の必要性及び通院の頻度など)

.....  
.....

・介護及び看護の必要性

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

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。

## ○治療を要する期間

.....年.....月.....日 から.....年.....月.....日 (期間.....ヶ月)

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 ..... (印)

電 話 .....