

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

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

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

上記のとおり診断します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

弘前市福祉事務所長 殿

医療機関名

担当医師名

※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)