

診 断 書

氏 名 _____ (生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

診断名 _____

初診時の主訴

.....
.....

現在の症状

治療内容及び通院回数

.....

育児への影響

.....

看護（介護）や自宅安静の必要性

.....

治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで（予定・未定）

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・所在地

担当医師氏名

_____ (印)

※上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

（担当：名取市健康福祉部こども支援課 電話：022-724-7181）