

診 断 書

患者住所 石岡市

患者氏名

生年月日 明治・大正 年 月 日
昭和・平成

病名 []

(適当な番号を○で囲んでください。)

**1 上記の者は、①入院中 ②常時寝たきり ③安静を要する ④通院を要する
ため児童の保育ができないと認める。**

2 上記の者は、日常生活において ①全介護 ②一部介護 の必要を認める。

※介護認定されている方は介護保険被保険者証のコピーで代用できます。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

㊞

医 師 名

※ この診断書或いは、同内容を具備する診断書をお願いいたします。