

様式第2

診断書

豊橋市長 様

令和 年 月 日

所在地

*上記年月日より3か月間は、
添付書類として有効です

医療機関名

電話番号

担当医師

印

下記のとおり診断します。

※担当医師の印、日付の記入がないものは無効となります。

※以下の太線内は担当医師が記入してください。

氏名		(昭和・平成・令和) 年 月 日生
傷病・疾患名		
病状		
治療期間 (該当するものに☑)	通院	通院期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで
		通院の頻度 □月 □週 □回
	入院	<input type="checkbox"/> 入院予定 入院開始予定日 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 入院中 入院期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで (退院後 <input type="checkbox"/> 通院予定あり <input type="checkbox"/> 通院予定なし <input type="checkbox"/> 未定)
総合所見 日常生活 能力の程度 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 入院加療中であるが、同居親族の付き添いを常時要する。 <input type="checkbox"/> 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。 <input type="checkbox"/> 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。	

《保護者記入欄》

どちらかを○で 囲んでください。	申請者(代表保護者)氏名	児童名	児童生年月日
			・
申込中・在園中	第一希望(在園)施設名	(診断を受けた方と)児童との続柄	

【問い合わせ先】豊橋市役所 保育課

☎0532-51-2322