

様式第2

診断書 Medical Certificate

豊橋市長 様 The Mayor of Toyohashi

Reiwa Year Month Day

令和 年 月 日

所在地Address

*This form is valid for 3 months from the above date

医療機関名Facility Name

電話番号TEL

下記のとおり診断します。

担当医師Attending Physician

㊞

Diagnosis is as follows.

※担当医師の印、日付の記入がないものは無効となります。

※Invalid without date and attending physician's seal.

※The following section (bolded) should be completed by the attending physician.

氏名・生年月日 Name and Date of Birth		(昭和 S・平成 H・令和 R) 年YY 月MM 日DD
傷病・疾患名 Name of Illness/Disease		
病状 Patient's Condition		
治療期間 Treatment Period (該当するものに☑) Check all that apply	通院 Outpatient	通院期間 From 平成 Heisei・令和 Reiwa 年YY 月MM 日DD から Treatment period to 令和 Reiwa 年YY 月MM 日DD 頃まで 通院の頻度 Visit frequency: 回 times per □月(month) □週(week)
	入院 Hospitalization	<input type="checkbox"/> 入院予定 Planned hospitalization? 入院開始予定日 Hospitalization Date: 令和 Reiwa 年YY 月MM 日DD
		<input type="checkbox"/> 入院中 Hospitalized? 入院期間 From 平成・令和 年YY 月MM 日DDから to 令和 Reiwa 年YY 月MM 日DD (approx.)頃 <small>(退院後 After discharge □通院予定ありoutpatient treatment □通院予定なしno treatment □未定 undecided)</small>
総合所見 General Remarks 日常生活能力の程度 Ability to live daily life (該当するものに☑) Check all applicable	<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。Patient must be confined to bed at all times, or it is at least essential that they rest constantly. <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。Patient has difficulty in their daily life and needs lots of care and assistance. <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。Hospitalized and a family member needs to be in constant attendance. <input type="checkbox"/> 自宅療養中であるが、常時介護が必要である。Recovering at home, but needs constant care. <input type="checkbox"/> 上記に該当せず、日常生活にも支障がない。None of the above apply, patient has no real difficulty with their daily life.	

《保護者記入欄 For parent or guardian》

Please circle one of the two choices below	Applicant (representative guardian) Name	Child Name	Child Date of Birth
			. .
Applying for child's admission OR Child currently enrolled	1st choice facility (or current facility)	Examined patient's relation to child	

【Inquiries】Toyohashi City Hall Nursery Division

☎0532-51-2322