

# 診 断 書

二戸市長 様

患者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者を下記のとおり診断いたします。

記

## 1 患者の病状

(1) 病 名

(2) 病 状

## 2 治療見込期間

(1) 入 院           年   月   日から           年   月   日頃まで

(2) 通 院           年   月   日から           年   月   日頃まで

## 3 生活状況

(1) 常時、臥床状態（である    ではない）。

(2) 安静を必要と（する    しない）。

(3) 子どもの保育が（できる    できない）。

令和   年   月   日

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

（備考）

この診断書は、保育所等の利用のため児童の保護者が二戸市に提出するものです。