

診 断 書

学級名	育成学級
児童氏名	

患者	住 所	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (歳)
	病 名	
医師所見		

病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保護ができますか？	できない ・ できる
病状・治療上から見て、患者は日中、家族等(医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか？	必要とする ・ 必要としない

通院・往診の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	回 数	週()回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

Ⓔ

【通院時間・介護などの保護者の申立】（保護者記入欄）

※ 入級児童から見た続柄・通院時間・介護にかかる時間など児童を保護できない状況について、保護者が具体的に記入してください。
