

診 断 書

住所	三原市
氏名	
生年月日	年 月 日
診断名	
治療内容	1：入院 2：通院（週／月 回・ 時間程度） 3：自宅療養
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 見込・未定
診断に対する所見	
児童の保育に対する所見（該当する項目に○を付けてください）	1：上記の者は、児童の保育が完全に不可能な状態である。 2：上記の者は、児童の日常的な保育が困難な状態である。 3：上記の者は、児童の日常的な保育が部分的に困難な状態である。
備考	

(株) ULTRA CONSULTING 代表取締役 長畑 智之 あて

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

㊞