

診断書（意見書）

氏名		生年月日	年月日
住所			
診断名			
現症	現在の治療等について		
	<input type="checkbox"/> 入院中または入院予定 入院（予定）期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 親族の付き添い <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 一部（ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 日・ 時間/日） <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 経過観察中で、今後も定期的に通院を要する（ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回） <input type="checkbox"/> 治療継続中（次回診察日： 令和 年 月 日） 治療（見込）期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療以外に訓練等で医療機関に通所している（ <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	処方薬 <input type="checkbox"/> 有（使用頻度等： 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩） <input type="checkbox"/> 無 医療的ケア <input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無 手術予定 <input type="checkbox"/> 有（時期： 令和 年 月頃予定） <input type="checkbox"/> 無		
	その他の症状や治療の現状についてできるだけ詳しく記載をお願いします。		
状態	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできない（日常生活の全てにおいて、介護・看護が必要） <input type="checkbox"/> 自分のことがある程度自分でできる（日常生活の一部において、介護・看護が必要） 介護・看護内容： <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 通院（通所）同行 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 自分のことが自分でできる		
自宅での保育	<input type="checkbox"/> 自宅での保育が不可能である <input type="checkbox"/> 安静を要する又は日常生活に支障があるため、自宅での保育が困難である <input type="checkbox"/> 自宅での保育が可能である		
その他	上記以外に留意事項等があれば具体的にご記入ください。		
上記のとおり診断します。		令和 年 月 日	
医療機関名			
所在地			
担当医師			

※この診断書（意見書）に要する費用は、個人の負担となります。

※上記内容の記載があれば、医療機関の様式をご使用いただいても構いません。

【記入方法等の補足】

項目	補足事項
診断名	診断がついている場合は当該診断名を、診断がついていない場合は「〇〇の疑いで観察中」「〇〇後の経過観察中」など、通院している理由の記入をお願いします。
状態	「介護・看護内容」の「その他」にチェックする場合、具体的に内容を記入してください。
自宅での保育	「自宅での保育が可能」の場合、保育を利用する事由に該当しません。
証明欄	担当医師名は必ず自筆で署名してください。