診　断　書

患者	氏名	生年月日 年　　月　　日	
病名 ・症状			
治療 期間	※該当項目にチェックし、期間を記入してください。		治癒・寛解 見込なし
	□ 入院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		□
	□ 通院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		□
	□ 自宅安静　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		□

※該当する番号に〇を付けてください。

1　　1か月以上の入院が必要である。

2　　1か月以上の常時病臥が必要である。

3　　上記以外で、通院加療や安静が必要である。

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

（あて先）八戸市長

医療機関　　所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（署名または記名押印してください）

この診断書は、保育所等利用のための書類です。