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）ワタナベミュージックラボ　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　　㊞

※本書類に関する費用等の負担は請求者（患者）です。