



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

印

※本書類に関する費用等の負担は請求者 (患者) です。