

【Lacuna preenchido pelos pais e/ou responsáveis / 保護者記入欄】

Furigana		Data de nascimento		Nome do Kurabu utilizado (ou solicitado).	
Nome da criança					
		☐ Heisei	年	月	日
		☐ Reiwa			
		☐ Usando			
		☐ Solicitando			
		☐ Heisei	年	月	日
		☐ Reiwa			
		☐ Usando			
		☐ Solicitando			
		☐ Heisei	年	月	日
		☐ Reiwa			
		☐ Usando			
		☐ Solicitando			
Parentesco com a criança		☐ Pai ☐ Mãe ☐ Avó ☐ Avô ☐ Outros ()			

Diagnóstico Médico (Shindansho)

診 断 書

【Lacuna preenchida pelo médico】※ Em alguns casos, entraremos em contato com relação o teor do diagnóstico médico.

受診者 (患者)	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
傷病名					
症状					
加療見込 期間等 ※複数チェック可	☐ 入院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日）				
	☐ 通院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日）				
	月（ 回程度）				
	☐ 療養・静養を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日）				
※期間（特に終期）の記載のないものは無効となりますので、必ず明記してください。					
※期間が不明の場合も無効です。診断日時点で加療が必要と認められる期間を記入してください。					
※通院加療、療養・静養を要する場合は下記にチェックをしてください。					
☐ 常時臥床の状態である ☐ 常に安静を要する状態で定期的な通院が必要である					
☐ 軽症であるが、定期的な通院が必要である					
所見	日常生活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし			
	社会生活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし			
	児童の保育	☐ 非常に困難 ☐ 困難 ☐ やや困難 ☐ 支障なし			
	介護・看護の必要性	☐ 要する ☐ 要しない			
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
医師氏名 印					
電話番号					