

主治医の意見書

河南町長 殿

年 月 日

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

医師名 _____ ㊦

電話番号 _____

下記状況により、当該人の家庭での保育は困難である。

氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所	河南町	性 別	男 ・ 女
初診日	年 月 日		
診断名			
現在の 状 況 ※該当項目番 号に○印のう え、ご記入く ださい	1 _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 入院を予定している 2 月に_____日程度の通院、加療が必要である 3 以下の状況により、自宅療養を要する <input type="checkbox"/> 入院に相当する治療や安静が必要であり、常時寝たきりである <input type="checkbox"/> 日常的に安静を要する <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
その他 特記事項			

※この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。