

診 断 書 (福岡市生活支援ショートステイ事業用)

氏 名		電話番号	—
住 所			
年 齢	歳	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生

1 病 名 (症 状)

病 名 :

症 状 :

2. 以下の事項に該当する場合は、チェックをお願いします。

①	入院加療の必要がある。	
②	感染性疾患がある。 ※有りの場合は、その疾患名を下記にご記入下さい。	

3. その他、ショートステイにあたり留意事項等ありましたら、ご記入をお願いします。

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所

(電話番号)

医療機関名

医師名

(※)

(※) 医師氏名欄について、署名の場合は押印不要です。署名以外の場合は押印をお願いします。