公益社団法人 ア・ドリーム ア・デイ

診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性　別 |  |
| 生年月日 |  | 年　齢 |  |
| 住所 |  |
| 傷病名 |  |
| 症状・治療状況 |
| 服薬等情報 |
| 急変の可能性について |
| 急変した場合は可及的早急に患児の診療を引き受けることも含め、治療に協力いたします。* 同意いたします
 |
| 医療者の同行の必要性について |
| * 必要
* 特に必要なし
* その他（右記記載）
 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

上記の通り診断いたします。

診断日：

医療機関名：

住所：

電話番号：

メールアドレス：

FAX番号：

診療科：

医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印