

第34号様式

診 断 書								
住 所		氏名						
		年 月 日 生 歳 箇月						
病 名								
障害の原因の発生時期	出生前・周生期・不明	症状が発現した年月日	年 月 日					
出生時・新生児期の状況	生下時体重(g)、出生時仮死(有・無・アプガー 点)、呼吸障害(有・無)、重症黄疸(有・無・光線療法・交換輸血)、筋緊張(亢進・低下・正常)、けいれん(有・無)、感染所見(有・無)、その他()							
右の項目中可能なものに○をつけてください。	首の座り、寝返り、つかまり立ち、伝い歩き、上手に歩く、階段を登る、ボールをける、ジャンプする、三輪車をこぐ、声に振り向く、パパ・ママなど意味のある単語を言う、3つ以上の単語を言う、身体の一部を指す、見て笑う、がん具を取ろうとする、人見知り、泣かずに欲求を示す、コップから飲む、ひもなし靴をはく							
診断に必要な現在の身体所見及び検査所見を記載してください。なお、予後についても記載してください。	身長()cm、体重()kg、外表の発生異常(有・無)、主な発生異常の内容							
上記のとおり診断します。 年 月 日								
病院又は診療所 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr><td>所在地</td></tr> <tr><td>名称</td></tr> <tr><td>電話</td></tr> <tr><td>診療担当科名</td></tr> <tr><td>医師名</td></tr> </table>				所在地	名称	電話	診療担当科名	医師名
所在地								
名称								
電話								
診療担当科名								
医師名								