

第34号様式

診 断 書			
住 所		氏名	
		男・女	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・アプガーダン)、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、ボールをかける、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		所 在 地 名 称 電 話 診療担当科名 医 師 名	
		印	

注意 当該疾患の診断に必要な項目のみ記載してください。精神・運動発達遅滞のみられないものは、空欄に身体所見及び検査所見を記載してください。

〔備考〕 紙色は白、刷色は緑とすること。

(A4)