


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     点)、呼吸障害(有・ 無)、重症黄疸(有・無・ <sup>たん</sup> 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 につけて 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		
<p>上記のとおり診断します。 年    月    日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>病院又は 診療所</p> </div> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div style="text-align: center;"> <p>所 在 地 名 称 電 話 診療担当科名 医 師 名</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>			

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)