第34号様式

診　　断　　書

住　　所		氏　　名	(男・女)
		生年月日	平成　　年　　月　　日生　　才　　ヶ月
病　　名			
障害の発生時期	出　生　前　・　周　生　期	症状が発現した年月日	平成　　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 ・ アフガー　　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、お座り、つかまり立ち、伝い歩き、上手に歩く、階段をのぼる、 ボールを見つける、コップから飲む、ジャンプする、ヒモなし靴を履く、三輪車をこぐ 追視する、見て笑う、声に振り向く、がん具を取ろうとする、人見知り、泣かずに欲求を示す、 パパ・ママなど意味のある単語を言う、4つ以上の意味のある言葉を言う、2語文を話す、3語文を話す		
現在の身体所見及び検査所見を記載してください	身長(　　)cm、　体重(　　)kg、　外表の発生異常(有 ・ 無) 主な発生異常の内容		
予後について記載してください			

上記のとおり診断します。

平成　　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

(保険者提出用)