

診 断 書

医師記入欄

患者	住 所		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年	月 日 (歳)
	病 名		
初診日 年 月 日		通院及び今後の療養期間 年 月 日から	
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日まで (通院 週 回 または、月 回) ※見込みで構いませんので必ず、ご記入をお願いします。	
症状・治療内容 及び 所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)			
各項目の該当するものを選択ください。 ☐日常生活 (著しい制限あり ・ 一部制限あり ・ 特に制限なし) ☐日常における家庭保育 ・できない状態である ・育児の軽減が必要 ・特に影響なし			
診断書作成年月日 年 月 日			
医療機関名			
住所			
医師名 ㊞			

※診断書料における、本人の負担軽減のために既存の様式を使われる場合、同内容を具備する診断書でお願いいたします。

※訂正の際は訂正印によりお願いします。

保護者記入欄

児童名：	保護者名：
保育施設 (又は第一希望園)：	

※この診断書は保育施設の利用・入所決定の際の添付書類として使用いたします。

※また、虚偽の記入が発覚した際は利用・入所決定を取り消すことがあります。