

診 断 書

証明日 令和 年 月 日
医療機関名
所在地
電話番号
医師名 印

下記のとおり診断する。

氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日					
診断日	令和 年 月 日										
傷病名											
上記傷病の 該当項目	①常時病臥 感染症 難病		②安静を要する疾病 または精神性疾病		③通院加療						
(受診者：保護者) 上記傷病による 児童保育の可否	1 保育に支障なし 2 保育困難 3 保育不可										
(受診者：保護者以外) 上記傷病による家族の看 護・介護の必要性	1 必要とする 2 必要としない										
症状等	※常時看護、介護が必要などの保育が困難な状況を、記入してください。										
今後の治療 見込み期間	入院		平成・令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	通院		平成・令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

(保護者記入欄)

令和 年 月 日

受診者の住所						
申請児童から見た続柄	父	母	祖父	祖母	その他()	
フリガナ						
申請児童名①	平成・令和 年 月 日生			第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中	
フリガナ						
申請児童名②	平成・令和 年 月 日生			第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中	
フリガナ						
申請児童名③	平成・令和 年 月 日生			第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中	