

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	
症 状 等						
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・終期末定					

児童の保護者本人が治療を要する又は障害を有する（受診者）場合、必ずご記入ください。

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
--------------------	-------------------------------

児童の保護者が、治療を要するまたは障害を有する親族（受診者）の介護または看護をする場合、必ずご記入ください。

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
-------------------------	---------------------

（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		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名①	平成・令和 年 月 日生		
フリガナ		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名②	平成・令和 年 月 日生		
フリガナ		第1希望施設名 及び 在籍状況	申請中 在園中
申請児童名③	平成・令和 年 月 日生		