

※この欄は、保護者が記入してください。

			No.
施設名			児童との続柄
児童名			父・母 その他()
生年月日	H・R . .	H・R . .	

診 断 書

氏名		生年月日	年 月 日生
診断名			
症状及び所見等			
今後の療養期間	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 (週 回 又は 1か月 回)		
児童の保育	可 ・ 否 [その期間(見込): 年 月 日頃まで]		

次のとおり診断します。

診断書作成日 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____

印

電話番号 _____

※保育所等は、保護者が家庭において保育ができない状態のときに保護者にかわって保育を行う施設であるため、家庭での保育が困難であることを証明してください。

※上記の内容が記入されていれば、診断書の様式は問いません。