

※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
生年月日	H・R . .	H・R . .	その他 ()

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	☐ 入院 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 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。