

診断書

※保護者等の状況が疾病・けがの場合、こちらの様式をご使用ください。

患者氏名		生年月日	年	月	日					
住所										
傷病名										
症状										
入院見込み期間	年	月	日	～	年	月	日	頃まで	・	未定
通院・療養見込み期間	年	月	日	～	年	月	日	頃まで	・	未定
傷病の程度 該当する項目に☑してください	☐ 入院中（1か月以上）または常時寝たきり状態で保育をすることができない ☐ 通院治療を行い、常に安静を要するなど保育が常時困難 ☐ 上記以外で通院治療が必要であり、保育に支障がある									

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

(以下保護者記入欄)

利用（希望）施設名	
児童氏名	

※注意事項

- ①内容確認のため、医療機関に連絡を取らせていただく場合があります。
- ②保護者記入欄以外の記入は、診断者（証明者）が行ってください。