

診 断 書

令和 年 月 日

(宛先) 篠 栗 町 長

所在地
名称
医師氏名
電話番号

下記のとおり診断します。

患者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名			
治療期間等 (見込み)	初診日	年 月 日	
	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	通院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (月・週に 回程度の通院を要する。)	
傷病による 保育の可否	<input type="checkbox"/> 同居する児童の保育は困難である。 <input type="checkbox"/> 同居する児童の保育は常時困難である。 <input type="checkbox"/> 同居する児童の保育は可能である。		
所見等	児童の保育ができない状況を具体的に記入してください。		

(医療機関の方へ)

- ・本診断書の使用が困難な場合は、貴院の様式で構いません。その場合、上記内容を具備する診断書をお願いします。押印は不要です。
- ・本診断書は、保育施設等の利用にあたり保護者が児童の保育ができない状況を確認し、保育の必要性を認定するために使用します。
- ・本診断書は、保育施設等の入所期間中、現況確認のため最低1年に1回は提出が必要となりますので、ご理解ご協力をお願いします。

保 護 者 記 入 欄	保護者氏名		保護者住所	
			篠栗町	
	児童氏名	生年月日	施設名	
		年 月 日		
		年 月 日		
	年 月 日			