

診 断 書

【診断を受ける方】

氏名		生年月日	年	月	日	児童との続柄	
初診年月日	年	月	日				
病名							
症状 (具体的に)							
症状等から該当するものに☑してください。							
<input type="checkbox"/> 1か月以上入院している。							
入院期間 年 月 日 から 年 月 日まで							
<input type="checkbox"/> 1か月以上寝たきりの状態である。							
<input type="checkbox"/> 精神性の病気である。							
<input type="checkbox"/> 1か月以上の加療（安静）が必要とされ、日常生活や子どもの世話に支障がある。							
診断書作成年月日							
令和 年 月 日							
医療機関名							
住所							
医師名 印							

この診断書は、保育関係施設の入所申し込みの添付資料として使用します。

【保護者記入欄】

児童名	生年月日	H・R	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 新認定
児童名	生年月日	H・R	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 新認定
児童名	生年月日	H・R	年	月	日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中 <input type="checkbox"/> 新認定

※申込児童及び未就学の兄弟姉妹の状況を記入してください。