

診 断 書

患者	住 所				
	氏 名	(男 ・ 女)			
	生年月日	年	月	日	(歳)
	病 名				
医師所見					

*病状や治療上から、患者の常態に該当するものに○を付けてください ↓

患者は日中、児童の保育ができますか？	保育できる ・ 保育できない
患者は日中、家族等（医療機関等以外）の看護や介護が必要ですか？	必要とする ・ 必要としない

通院・往診の場合	治療期間	年 月 日～ 年 月 日 長期間（1年以上）に及ぶ見込みである はい ・ いいえ
	回 数	週（ ）回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

担当医師名

(印)

注) 3か月以内に発行されたものに限りませす。
(保護者記入欄)

児 童 氏 名	生 年 月 日	保 育 所 名
	年 月 日	保育所 (園)
	年 月 日	保育所 (園)