

診 断 書

(保育所等入所、保護者用)

対象者	住 所			
	氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年	月	日 (歳)
病 名				
医師の所見				
疾病・負傷・障がいの程度		入院中 常時寝たきり 精神疾患 感染症 週3回以上の通院 週2回以下の通院 自宅での投薬治療 その他()		
家庭内保育の可否		1 保育に支障なし 2 保育の軽減が必要 (週4～5日程度・週2～3日程度) 3 保育不能		
通院・往診の場合		治療期間	年 月 日	～ 年 月 日
		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)				

※保護者記入欄

児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
			年 月 日 (歳)
			年 月 日 (歳)
保育所等名			