

診 断 書

保育所名:

児 童 名:

生 年 月 日:

※ 児童名等は保護者様をご記入ください。
お子さんがお二人以上の場合は併記してください。

患者	住 所		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	病 名		
医師所見			
病状・治療上から見て、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	
病状・治療上から見て、患者は日中、家族等(医療機関等以外)による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
	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

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 住 所

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

印

※自署に限り、押印を省略することができます。

- (注) 1 上記枠内に、医師による記入を受けてください。
- ・ 児童の保護者が患者である場合 … 患者が日中、児童の保育が可能か
 - ・ 児童の保育を要する世帯等に患者がいる場合
… 患者は日中、家族等(医療機関等以外)による看護や介護が必要か
- 2 枠内の記載内容が事実と異なる場合は、入所を取消すことがあります。