

# 診断書

住所 \_\_\_\_\_

受診者氏名 \_\_\_\_\_

児童との続柄 \_\_\_\_\_

病名等 \_\_\_\_\_

看護（介護）者名 \_\_\_\_\_

症状

※右枠内に病状を☒  
ご記入の上、下記の  
いずれかに丸印を  
お願い致します。

1. 約 \_\_\_\_\_ カ月間の入院が必要であり、  
児童の保育は困難である。
2. 約 \_\_\_\_\_ カ月間の療養が必要であり、  
児童の保育は困難である。

上記の通り診断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

（保育施設等入所申込に使用）

※保護者の方へ

必要に応じて当診断書の内容について医療機関へ  
確認する場合がございますのでご了承ください。