

診断書

住所 _____

受診者氏名 _____

児童との続柄 _____

病名等 _____

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。