

児童コード

-

保護者記入欄	児童名：	フリガナ：	生年月日：
	入所希望施設名：		

診 断 書

診断を受けるもの

住所

氏名

生年月日

病 名 等	
-------	--

(適当な番号を○で囲んでください)

1. 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。(本人)
2. 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める(介護)

保育できない期間 年 月 日 から 年 月 日まで

※期間は最長でも、年度末までとしてください。

上記のとおり、診断する。

記入年月日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医 師 名

㊞

電 話 番 号

※ この様式或いは、同内容を具備する診断書をお願いします。