

保護者記入欄			
住所			
児童から見た患者の続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()		
フリガナ		申請・在園 状況	保育所(園) 在園中 こども園等 申請中
申請児童名①	(平成・令和 年 月 日生)		
フリガナ		申請・在園 状況	保育所(園) 在園中 こども園等 申請中
申請児童名②	(平成・令和 年 月 日生)		

診 断 書

患 者	氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住 所			
病名・病状 治療期間	病 名			
	保育を必要とする状況、期間等に関する所見			
	治療期間 入 院：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 通 院：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
上記傷病による児童 保育の可否	1：保育に支障なし 2：保育困難 3：保育不可			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____ (※)本人が手書きしない場合には、記名押印してください

電話番号 _____