

診 断 書

(あて先) 逗 子 市 長

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 印

下記のとおり診断する。

氏 名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 (歳)
診 断 日				
傷 病 名				
上記傷病による 児童保育の可否	☐ 保育に支障なし ☐ 保育困難 ☐ 保育不可			
症 状 等	※保育が困難な状況を具体的に記入してください。			
今後の治療 見込期間	入院 年 月 日 ～ 年 月 日			
	通院 年 月 日 ～ 年 月 日 (通院の頻度：週 回 ・ 月 回)			

<保護者記入欄>

児 童 氏 名	利 用 施 設 名
	(☐ 申請中 ☐ 入所中)
	(☐ 申請中 ☐ 入所中)