

## 診断書

(保護者疾病・障がい用)

保育所名：\_\_\_\_\_

児童名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_

患者	住所		
	氏名	(男・女)	
	生年月日	年	月 日 (歳)
	病名		
医師所見			
入院の場合	入院期間	年 月 日～ 年 月 日	
通院・往診の場合	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
	回数	月 ( ) 回程度の通院・往診を要する。	
病状・療養上から見て、患者は日中保育ができますか。 ※どちらかに○をつけてください。		保育できる・保育できない	
病状・療養上から見て、患者は日中、家族等 (医療機関等以外)の看護や介護が必要ですか。 ※どちらかに○をつけてください。		必要とする・必要としない	
患者が保育可能な 開始時期(予定)	年 月 日頃から		
上記のとおり診断します。 年 月 日			
		医療機関住所	
		医療機関名	
		担当医師名	印

(保護者記入欄)

児童名	生年月日 年 月 日	クラブ名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日 年 月 日	クラブ名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日 年 月 日	クラブ名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中