

診 断 書

証 明 日 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

印

下記のとおり診断します。

氏 名

生年月日

診断日

傷病名

上記傷病の該当項目

- ① 常時病臥 感染症 難病 ② 安静を要する疾病または精神性疾病 ③ 通院加療

上記疾病による児童保育の可否

- ① 保育に支障なし ② 保育不可

症状等 ※ 保育不可である状況を具体的に記入してください。

今後の治癒見込期間

入 院： 年 月 日 ～ 年 月 日

通 院： 年 月 日 ～ 年 月 日