大　月　市　長　 宛

診 断 書（学童クラブ用）

　証明日　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 　　 　㊞

下記のとおり診断する。

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　　　年　　月　　日（ 　　歳）

　　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安静を要する疾病又は精神性疾病　　③通院加療

　　上記傷病による児童保育の可否

　　　①保育に支障なし　　②保育不可

　　症状等　※保育が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 ： 令和　　 年 　　月 　　日　～　令和 　　年 　　月 　　日

　　　通　院 ： 令和 　　年 　　月 　　日　～　令和 　　年 　　月 　　日