

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 ⑩

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