

診 断 書

| | |
|---|--|
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) |
| 病 名 | |
| 療養状況及び 児童を保育する上での 困難さについて (全てチェックしてください) | ① 患者は常時、病床に臥せておられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ② 患者は日中、家族等の看護や介護が必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ③ 患者は日中、児童の保育ができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ③で「いいえ」の場合、児童を保育する上での困難さについて、ご記入ください。 |
| 受 診 状 況 | 通院(週: 日程度)・(月: 日程度) |
| | 入院(期間など:) |
| 治療見込み期間 (終了(見込み)日も必須(未定不可)) | 年 月 日から 年 月 日まで |
| <p>上記のとおり診断します</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>担当医師名</p> | |

(保護者記入欄)

| 児童氏名 | 生年月日 | 利用施設 |
|------|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

※証明されている治療期間を経過する場合は、再度新しい診断書を提出してください。