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　　□はい　□いいえ ② 患者は日中、家族等の看護や介護が必要ですか　　□はい　□いいえ ③ 患者は日中、児童の保育ができますか　　□はい　□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）日もご記入ください）	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

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

（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。