

診 断 書

【 保護者用証明 】

《 診断を受ける方 》									
住所		生年月日	昭・平 年 月 日						
氏名		児童との続柄							
初診年月日 年 月 日									
病名（診断名）		日常の児童保育の可否 （※いずれかを必ず○で囲んでください） 1 可能 2 不可能							
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		通院及び今後の療養期間 （※見込みで構いませんので必ずご記入ください） 年 月 日から 年 月 日まで ・通院の頻度（ 週 / 月 / 年 回 ）							
病状及び所見（※日常の児童保育が「不可能」の場合は、その具体的な理由もご記入ください） 									
上記のとおり、診断します。 （診断書作成年月日） 令和 年 月 日 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">医 療 機 関 名</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">医 師 名</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">印</td> </tr> </table>				医 療 機 関 名		所 在 地		医 師 名	印
医 療 機 関 名									
所 在 地									
医 師 名	印								

※この診断書は、保育所等入所申込および利用調整の資料として使用します。
記載内容について、問い合わせさせていただく場合があります、

与那原町子育て支援課 098-945-6520

保護者記入欄	児童名	（平・令 . . .）	保育園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	児童名	（平・令 . . .）	保育園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中