

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			
		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