

※保護者が記入してください

児 童	氏 名 (ふりがな)	生年月日			施設名	
		平成	年	月	日生	新規・継続
		平成	年	月	日生	新規・継続
		平成	年	月	日生	新規・継続

診 断 書

(保育施設等入所用)

住 所

氏 名

生 年 月 日 T・S・H 年 月 日

診断名 []

※適当な番号を○で囲んでください。

- 1、 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。 (本人)
- 2、 上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。 (介護)

保育できない期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

病院(医院)所在地

病 院 (医 院) 名

医 師 名

印

※この診断書あるいは、内容を具備する診断書をお願いします。