

保護者記入欄			
住所			
児童から見た患者の続柄		父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()	
フリガナ		申請・在園	在園
申請児童名①	(平成 年 月 日生)	状況	保育園に申請
フリガナ		申請・在園	在園
申請児童名②	(平成 年 月 日生)	状況	保育園に申請

診 断 書

患者	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所			
病名・病状 治療期間	病 名			
	保育に欠ける状況、期間等に関する所見			
上記傷病に よる児童 保育の可否	治療期間			
	入 院：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 通 院：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
	1：保育に支障なし 2：保育困難 3：保育不可			

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

医 療 機 関 名 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____