

診 断 書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
所 見 (病状等)	(該当の番号を○で囲み、病名・病状についても記入ください) 1. 上記の者は、下記の疾患により児童の保育が困難であると認める。 2. 上記の者は、下記の疾患により日常生活において介護を要すると認める。 病名 病状 (できるだけ詳しくご記入ください)
上記疾患に かかる加療 見 込 期 間	年 月 日より 年 月 日 まで

上記のとおり診断する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

医 師 名

印

※ この診断書は保育施設入所（申請）のために必要なものです。この診断書と同内容を具備する診断書であれば形式は問いません。加療見込期間の記載のないものは無効ですのでご注意ください。

※ この診断書に関する問合せ先 大子町役場 健康こども政策課 こども家庭センター TEL0295-72-6611