

診 断 書

[保護者・同居者用]

(診断を受ける方)	
住 所 _____	
氏 名 _____	
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 _____	
(初診年月日) 年 月 日	
病 名	症 状
入 院 年 月 日から 年 月 日まで	通 院 年 月 日から 年 月 日まで (週 回 または 月 回)
病状等から該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。 <input type="checkbox"/> おおむね3～6ヶ月間の治療を要する（日常生活・子どもの世話に一部支障がある）。 <input type="checkbox"/> おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する（日常生活・子どもの世話に支障がある）。 <input type="checkbox"/> 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。	
その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。	
診断書作成年月日 令和 年 月 日	
医療機関名 住所 医師名 印	

*この診断書は、保育所入所申込みの添付資料として使用します。

保護者 記入欄	児童氏名 ()
	在園状況 新規申込 ・ 在園 ()
	診断を受ける方と児童との続柄 ()