

診 断 書

【医療機関記入欄】

1	患者氏名		生年月日	年 月 日
2	病名			
3	症状			
4	治療・療養期間 (見込み)	1. 年 月 日まで(見込み) 年 月 日 から 2. 令和8年3月31日まで継続療養が必要 ※必ず1か2を選択してください。		
5	入院期間(見込み)	☐ 現在 ☐ 過去 ☐ 見込み 年 月 日 ～ 年 月 日		
6	外来通院回数	☐ 1週間に 回 または ☐ 1か月に 回		
7	現在の状況 ※いずれかの□に必ず チェックをつけてください。	☐ 1か月以上の入院又は入院見込みで、保育が困難である ☐ 1か月以上の居宅内療養で、常時臥床であり、保育が困難である ☐ 1か月以上の居宅内療養で、安静を要する又は日常生活動作に支障を来しており、 保育が困難である ☐ 1か月以上の居宅内療養で、上記以外で通院加療が必要であり、保育が困難である		
8	他所所見			

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地 _____

医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____

【注意事項】

※修正液、修正テープ、証明者以外の印による訂正、鉛筆及び消えるボールペンによる記入はしないでください。
 ※日付の記入及び押印、また、必要事項をすべて記入してください。

【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用施設名(申請中の場合は第1希望施設)
	年 月 日	保育園・こども園 ☐ 利用中 ☐ 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 ☐ 利用中 ☐ 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 ☐ 利用中 ☐ 申込中