

# 診 断 書

田原市長 様

診断日：令和 年 月 日

医療機関住所：

医療機関名称：

医 師 名：

※自筆による署名または記名押印をお願いします。

以下のとおり診断します。

患者住所	田原市			
患者氏名		生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳
傷病名				
症状				
治療期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日頃まで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 永続的			
通院回数	月に 回程度必要			
上記患者が児童を 保有する能力	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし <input type="checkbox"/> やや保育困難 <input type="checkbox"/> 保育困難 <input type="checkbox"/> 保育不能			
上記患者を家族が 看護する必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
備考				

※この診断書は、保育の必要事由（保護者の疾病・障害）を確認するために必要とするものです。

【以降保護者記入欄】

児童氏名				児童と の続柄
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
児童クラブ 名	児童クラブ 利用中・申込中・未利用	児童クラブ 利用中・申込中・未利用	児童クラブ 利用中・申込中・未利用	
備考				

※保育の必要事由（保護者の疾病・障害）については、事前にご相談下さい。