

診 断 書

(保育関係施設利用確認用)

【医師記入欄】

患者氏名		生年月日	年 月 日
診 断 名			
初診年月日	年 月 日		
現在の病状等			
入院（見込） の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合の期間) 年 月 日 ～ 年 月 日		
家庭での 保育	☐ 支障がある ☐ 支障がない (支障がある場合の期間) ☐ 年 月 日頃まで ☐ 未確定		
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
医師名			

【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用（申込（第1希望））施設名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	