

診 断 書

(施設等利用給付認定用)

【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 ※自署の場合は押印不要			

【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	