診断書

患者氏名		生年月日	年　月　日
傷病名			
入院・通院状況	今後、どのくらいの期間、入院加療または通院加療が必要と考えられますか。 □入院加療が必要 期間：（　年　月　日～　年　月　日　・終了期間未定） □通院加療が必要 期間：（　年　月　日～　年　月　日　・終了期間未定） 通院頻度：（　か月・週）に（　回）程度		
現在の状況	□入院又は入院に相当する治療や安静を要する自宅療養で病臥している □通院加療を行い、常に安静を要する □上記以外で通院加療が必要		
上記傷病による児童保育の可否	□保育に支障なし □保育困難 □保育不可		
その他所見	その他、児童を保育することが困難な状況に関するご意見があればご記入ください。		

上記のとおり診断します　　年　月　日

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜医療機関の方へ＞

・この診断書は、認定こども園等の利用申込等にあたり、保護者が児童の保育ができない理由・状況を確認し、保育の必要性を認定するために使用します。

・上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

・この診断書は美馬市保険福祉部子どもすこやか課においてのみ使用します。

・証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。

・本診断書は無料ではありません。各医療機関の定める診断書作成料を、保護者から徴収してください。