

診 断 書 (疾病用)

住 所 下妻市
氏 名
生年月日 年 月 日

病 名 []

適当な番号を○で囲み、必要な期間を選択してください。

● 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。

1. 1か月以上入院している又は、入院を予定している。

必要な期間: 1か月程度 3か月程度 6か月程度 1年程度

2. 通院加療が必要で、常に安静を要する。

必要な期間: 1か月程度 3か月程度 6か月程度 1年程度

3. 定期的な通院加療が必要で、1日4時間以上、週4日以上安静が必要である。

必要な期間: 1か月程度 3か月程度 6か月程度 1年程度

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院(医院)所在地

病院(医院)名

医 師 名

⑩

保護者 記入欄	児童名	生年月日
	施設・事業所名	
	児童名	生年月日
	施設・事業所名	

※様式はこの診断書或いは、同内容を具備する診断書でお願いいたします。

※書類の有効期限は、おおむね3か月とします。