

診 断 書 (保護者用)

保育所用

住 所	南城市	児 童 氏 名	
氏 名		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
児 童 と の 関 係		保 育 所 (園) 名	
病 名		初 診 年 月 日	年 月 日
症状及び 所見	(生活や就労の制限、児童を保育できない状況について、具体的にご記入ください。)		
通院及び自宅療養	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 週 回または 月 回		
入 院	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 住 所 医師 医療機関名 氏 名 ⑩			