

診 斷 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						
(印)						