

診 断 書 (保 護 者 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		幼 稚 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		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医 師 医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p>			