診　断　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 初診日 | 平成　・　令和　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 診断名 |  |
| 現在の病状 | 療養期間　令和　　　年　　　月　　　日まで |
| 通院の状況 | ※該当する項目の□にチェックをしてください。  □　令和　　　年　　　月　　　日から入院中・入院予定である。   * ひと月に　　　日、治療のため通院中である。 * 自宅療養を要する。 |
| 家庭での保育  について意見 | ※該当する項目の□にチェックをしてください。  □　家庭での保育は困難である。  □　家庭での保育は可能である。 |
| 令和　　年　　月　　日  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

※この診断書は、保育所での保育の必要性を確認するための書類です。

　　　　この書類に関する費用等の負担は本人になります。