

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	<p>※該当する項目の□にチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から入院中・入院予定である。</p> <p><input type="checkbox"/> ひと月に 日、治療のため通院中である。</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅療養を要する。</p>					
家庭での保育について意見	<p>※該当する項目の□にチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭での保育は困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭での保育は可能である。</p>					
令和 年 月 日 医療機関名						
医師名 印						

※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。