

# 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	<div>医師名</div> <div>印</div>

※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。