病気・療養証明書

【保護者記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| 児童と患者の続柄 | 父・母・その他（　　　　　　　　　　） | | |
|  | 氏　名 | 生　年　月　日 | 在園・第１希望施設名 |
| 児童① |  | 年　　月　　日 |  |
| 児童② |  | 年　　月　　日 |  |
| 児童③ |  | 年　　月　　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断書（保育施設入所申込用）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 患者 | 氏名 |  | | | | 住所 |  | | | | 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 傷病名 |  | | | | | 症状 |  | | | | | 入院（予定）の場合  　入院期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | 家庭での  保育 | |  |  | | --- | --- | | 家庭での保育  の可否 | □ 保育困難　　　　　□ 保育可能  （保育が困難である期間（見込み可））  　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | 医師の所見 |  | | | | |   上記のとおり診断します。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関所在地  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　印 |

注　上記内容を網羅していれば、別様式でも構いません。