

診 断 書（保育所等入所用）

患者 氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____

〈病状〉

※下記の該当する項目に✓をつけてください。

当該患者は、上記内容から児童の保育ができないと認めます。

当該患者は、上記内容から介護が必要であることを認めます。

入院 不要 要

(見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

通院 不要 要

(見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

治療見込期間（必須） _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

⑩