

保護者記入欄			
住所			
児童から見た患者の続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()		
フリガナ		申請・在園 状況	保育園に 在園 申請
申請児童名①	(年 月 日生)		
フリガナ		申請・在園 状況	保育園に 在園 申請
申請児童名②	(年 月 日生)		
フリガナ		申請・在園 状況	保育園に 在園 申請
申請児童名③	(年 月 日生)		

診断書

患者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
病名・病状 治療期間	病 名			
	保育を必要とする状況、期間等に関する所見			
	治療期間 入 院： 年 月 日 ～ 年 月 日 通 院： 年 月 日 ～ 年 月 日			
上記傷病に よる児童 保育の可否	1：保育に支障なし 2：保育に支障あり 3：保育困難			

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)

電 話 番 号 _____