

児童氏名	
生年月日	平成 年 月 日

## 診 断 書

患者	住 所		
	氏 名	【性別】 男 ・ 女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	【年齢】 歳
	病 名		
医師所見			
病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保育ができますか？		保育できる ・ 保育できない	
通院・往診の場合	治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
	回 数	週（ ）回程度の通院・往診を要す	
入院の場合	入院期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

【医療機関住所】

【医療機関名】

【担当医師名】 印

【保護者の記入欄】
大山崎町長 様
保護者氏名 <span style="float: right;">印</span>

(注)1 この診断書は、3ヶ月以内に発行されたものに限ります。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。

2 申立欄の内容が事実と異なる場合は、保育所等入所を取り消すことがあります。