

| | |
|------|-------|
| 児童氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |

診 断 書

| | | | | |
|--|-----------------|---|--------------------|--|
| 患 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） | | |
| | 病 名 | | | |
| 所 見 | | | | |
| 治療期間 (見込) | 通 院 ・ 往 診 | 年 月 日 ~ 年 月 日 未 定 ※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。 | | |
| | | 回 数 | 週に（ ）回程度の通院・往診を要する | |
| | 入 院 | 年 月 日 ~ 年 月 日 未 定 ※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。 | | |
| 病状・治療状況からみて、患者が児童を保育することは可能か | | 保育できる ・ 保育できない | | |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>【医療機関住所】</p> <p>【医療機関名】</p> <p>【担当医師名】</p> | | | | |

| |
|--|
| <p>【保護者記入欄】</p> <p style="text-align: center;">大山崎町教育委員会教育長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">保護者氏名</p> |
|--|

- (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、入会を取り消すことがあります。
- 3 押印は不要です。