

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 <small>※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。</small>		
		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 <small>※期間終了が未定の場合は、「未定」に○をしてください。</small>		
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;">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。