

診 断 書

近江八幡市長あて

【医師記入欄】 ※この診断書は保育所等における保育の必要性を確認するためのものです。

受診者（患者）氏名 生年月日	年 月 日
傷病名	
傷病状の治療状況 及び所見	
入院又は治療・療養 に要する期間	入院： 年 月 日～ 年 月 日 予定 通院： 年 月 日～ 年 月 日 予定 （通院頻度：週・月 回程度 / 不定期） 療養： 年 月 日～ 年 月 日 予定 <通院加療、療養を要する場合に以下にチェックをしてください> <input type="checkbox"/> 常時臥床の状態 <input type="checkbox"/> 通院加療で常に安静を要する状態 <input type="checkbox"/> 上記以外で定期的な通院を要し保育に支障がある <上記の期間の終了日が空欄の場合の理由> <input type="checkbox"/> 入院または治療・療養期間が長期にわたる可能性があるため <input type="checkbox"/> その他（ ）
現状の状態からの 医学的所見	<該当するいずれかをチェックしてください> <input type="checkbox"/> 療養のため、児童の保育をすることが困難と認める <input type="checkbox"/> 日常生活において、看護・介護の必要性を認める <受診者（患者）が就学前児童である場合は、以下もチェックしてください> <u>保育所等での集団生活</u> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) (特記事項)
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 ㊞	

【保護者記入欄】

利用（希望）施設名			
児童氏名			
生年月日	(年 月 日生)	(年 月 日生)	(年 月 日生)