

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
現状の状態からの 医学的所見	*該当する番号いずれかを○で囲んでください。 1. <u>療養のため、児童の保育をすることが困難と認める</u> 2. <u>日常生活において、看護・介護の必要性を認める</u> ※受診者（患者）が就学前児童である場合は、以下も選択ください。 <u>保育所等での集団生活（ 可 ・ 不可 ）</u> （ 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 印	

【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)