

## 診断書（給付認定申請用）

受診者（患者）	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
病名			初診年月日	年	月	日
治療期間						
入 院 年 月 日～ 年 月 日（予定）						
通 院 年 月 日～ 年 月 日（予定）						
療養・静養 年 月 日～ 年 月 日（予定）						
<b>自宅での保育ができない期間</b> 年 月 日～ 年 月 日						
※必ず記入してください。						
※期間の記入が困難な場合は、下記のいずれかに☑をしてください。						
<input type="checkbox"/> 3か月程度 <input type="checkbox"/> 6か月程度 <input type="checkbox"/> 1年程度						

<p>医学的見地からの現在の状況</p> <p>1～4のうち該当する番号に○を付けてください。</p> <p>1 入院又は入院に相当する治療や安静を要し、常に病臥している。</p> <p>2 通院加療を行い、常に安静を要するなど、保育が常時困難である。</p> <p>3 疾病などにより、保育に支障がある。</p> <p>4 特に制限はなく、自宅での保育が可能である。</p> <p>特記すべきことがあれば記入してください。</p>
--

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 ㊞

電話番号

保護者記入欄	子どもの氏名		子どもの氏名			
	生年月日	年 月 日	生年月日	年	月	日
	利用（希望）園		利用（希望）園			