

# 診断書

(保育所入所用)

受診者(患者)の氏名		受診者(患者)の生年月日	年 月 日
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)	週 回 月 回
療養・静養	年 月 日 ~	年 月 日(予定)	その他( )
自宅での保育ができない期間	年 月 日 ~	年 月 日	※必ず記入してください。

医学的見地からの現在の状態 ※該当の選択肢に☑し、特記すべきことがあれば記入してください。	
子どもの保育	<input type="checkbox"/> 特に制限はなく、自宅での保育が可能である <input type="checkbox"/> 概ね自宅での保育が可能だが、症状の安定や改善のために一部保育の援助が望まれる <input type="checkbox"/> 自宅での保育が難しい場合が多く、症状の安定や改善のために継続的な保育の援助が望まれる <input type="checkbox"/> 自宅での保育が非常に難しい状態にあり、保育の援助が必要である 特記( )
保育所への送迎	<input type="checkbox"/> 支障はない <input type="checkbox"/> 毎日は困難である <input type="checkbox"/> 非常に困難である 特記( )

桑名市役所 子ども未来課 保育支援室 0594-24-1284

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関 病院(医院)所在地

病院(医院)名

医師名

