

診 断 書

氏 名 _____

(生年月日 年 月 日生)

<病 名> _____

<状 況> ※該当箇所のみ記入してください。

■入院 (期間 ~)

■通院 (月・週 日程度)

■自宅療養 (期間 ~)

<その他所見> (今後の療養予定について、できるだけ詳しく記入してください。)

○保育園利用児童の保育園での預かり時間について望ましい方にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 保育短時間【最長 8 時間】 ※ 8 時～16 時／日 (園によって多少異なります)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間【最長 11 時間】 ※ 7 時～18 時／日 (園によって多少異なります)
※保育標準時間【最長 11 時間】にチェックされた場合、その理由(医師の所見)を記入してください。	

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院名 _____

所在地 _____

担当医師 _____ (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

【注意事項】 医師の方へ : この診断書は、上記の病状により患者が子の保育を自ら行うことが望ましくない(または困難)と診断された場合にご記入ください。