

# 診断書

## 医師証明欄

患者	氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
	住所	幸田町大字		
治癒見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
入院期間 ※該当する場合	入院：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 通院：月 回、 週 回			
病名・病状				

下記のうち該当する□にレ点を付けてください。

- 月120時間以上の治療や安静が必要であり、子どもを保育することができない。
- 月60時間以上の通院加療を行い、上記には満たないが、安静が必要であり、子どもを保育することができない。

証明欄	証明日	令和 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（児童が複数いる場合は、本書をコピーして提出してください。）

フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			令和 年 月 日	歳児
フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			令和 年 月 日	歳児
フリガナ		利用施設名	生年月日	クラス年齢
利用 児童名			令和 年 月 日	歳児