

診 断 書

仁淀川町③

仁淀川町長 様

保護者記入欄	児童名	生年月日	保育施設名
		平・令 年 月 日	
		平・令 年 月 日	
		平・令 年 月 日	

以下は医療機関の担当医師が記入してください。

【医師の方へ】

ご多用中に恐縮ですが、上記児童の保育施設の入所決定等のためにご記入ください。

(注1) 保護者の傷病状況や患者の看護や介護のために、児童の保育が困難であるかどうかなどの所見もあわせてご記入をお願いします。

フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
患者氏名						
傷病名						
初診	昭和・平成・令和 年 月 日					
医師所見 (注1)						
	1. 保育困難 2. 保育一部困難 3. 保育可能					
入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 未定 ※退院後も通院を要する場合は、下段の「通院の場合」にもご記入ください。					
通院	治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 未定				
	通院回数	月 _____ 回 または 週 _____ 回程度の通院を要す				

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 医療機関名：

医療機関所在地：

医師名：

印

電話番号：