

保護者記入欄（※この欄は、保護者が記入してください。）

児 童 氏 名		生年	年	月	日	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母
		月日	年	月	日		
			年	月	日		

診 断 書

山田町長 様

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

電 話 番 号



次のとおり診断します。

患 者	氏 名	
	住 所	
病 名		
現 在 の 病 状		
稼働能力の有無	・就床安静 ( <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない ) ・家事程度の作業 ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ) ・子どもの保育 ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )	
看護・介護	家族の看護又は介護 ( <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない )	
治療見込期間	【入院】	年 月 日 ~ 年 月 日
	【通院】	年 月 日 ~ 年 月 日
特 記 事 項		

備考

- この証明書は、保育所への入所（継続）及び施設等利用給付認定に際し、児童の保護者等の病状等や、家族の看護又は介護の要否を確認するものとして使用されます。
- この診断書に関する費用等は、請求者（患者）の負担となります。
- 訂正箇所には、お手数ですが訂正印を押印してください。（修正液等を使用しているものは無効です。）