	保育施設	（受付）
受付日	/ /	
受付者		

診　断　書

※保護者記入欄

保護者氏名　　㊞

（児童との続柄：　　）※自署の場合㊞不要

入所（希望）保育施設名	ふりがな 児童氏名	生年月日
1. 保育所(園) こども園 申請中		年　月　日
2. 保育所(園) こども園 申請中		年　月　日
3. 保育所(園) こども園 申請中		年　月　日

※就学前施設に在籍もしくは申請中の子ども全員を記入してください。

※医師記入欄

患 者 氏 名：

生 年 月 日：　　年　月　日

病　　名：

初 診 日：　　年　月　日

（ 病 状 ）

※ 以下のうち該当する□にチェックしてください。

□ 上記の者は、療養のため常時安静が必要であるため児童の保育が**困難**と認める。

□ 上記の者は、療養のため児童の保育が**やや困難**と認める。

□ 上記の者は、療養が必要ではあるが、児童の**保育は支障なし**と認める。

療 養 期 間 ： 入院期間　年　月　日 ～ □　年　月　日
□ 未 定

通院期間　年　月　日 ～ □　年　月　日
□ 未 定

次回通院予定日　年　月　日

上記のとおり診断する。

伊丹市長　様

年　月　日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

電 話 番 号

医　師　名　　㊞

※医師が自署しない場合は、記名押印してください。

※入院および通院期間が未定であっても、年一回の現況届では改めて提出が必要です。
※医師による自署の場合は押印不要ですが、本書について無断で書面、又は電子データを作成し、又は改変を行うと、有印私文書偽造罪、有印私文書変造罪又は私電磁的記録不正作出罪にあたることがあります。