

保護者記入欄

フリガナ 保護者氏名		住所		フリガナ 児童氏名	
児童との 続柄	父・母・その他（ ）	電話番号		児童くらぶ名	児童くらぶ

医師記入欄

伊丹市長 様

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

入院期間未定

通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

通院期間未定

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

医師名

印