④-2

診断書

［児童くらぶ用］

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（患者氏名が児童本人の場はチェック不要）。

□　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　　㊞