

診 断 書

	保育施設	(受付)
受付日	/ /	
受付者		

※保護者記入欄

※就学前施設に在籍もしくは申請中の子ども全員を連名で記入して下さい

ふりがな		ふりがな	
氏名		入所(希望) 児童氏名	
児童との続柄	父・母・その他()	入所(希望) 保育施設名	
住所		電話番号	

※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

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

Ⓜ