

診 断 書

府中町長 宛

令和 年 月 日

医療機関名
担当医師氏名
所在地
電話番号

印

下記のとおり診断します。

住 所	府中町
氏名(生年月日)	(昭和・平成・令和 年 月 日生)
診 断 名	(<input type="checkbox"/> 精神的疾患 <input type="checkbox"/> 身体的疾患)
初 診 日	平成・令和 年 月頃～
症 状	
通 院 回 数	回/週・月、不定期
治 療 期 間	令和 年 月頃まで、未定
治 療 内 容	
患 者 の 状 態	(該当する項目1つ以上に☑を入れてください) <input type="checkbox"/> 児童の保育をすることが困難(令和 年 月 日頃まで) <input type="checkbox"/> 児童の保育をすることは可能 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 一部介護が必要 <input type="checkbox"/> 介護は不要
特 記 事 項 (あれば記入してください)	

◆保護者記入欄

児 童	氏 名			
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	保 育 所 等 名 ※第1希望または在 園している園を記 入してください。			