

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

下記のとおり診断します。

住 所	府中町
氏 名（生 年 月 日）	（ 年 月 日生）
診 断 名	（ ☐ 精神的疾患 ☐ 身体的疾患）
初 診 日	年 月頃～
症 状	
通 院 回 数	回／ 週 ・ 月 、 不定期
治 療 期 間	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） ☐ 児童の保育をすることが困難（平成 年 月 日頃まで） ☐ 児童の保育をすることは可能 ☐ 常時介護が必要 ☐ 一部介護が必要 ☐ 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