

# 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)	(昭和・平成・令和 年 月 日生)
診 断 名	(□精神的疾患 □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) □児童の保育をすることが困難(令和 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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	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。			