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	（該当する項目に☑を入れてください） □ 上記の者は、日中療養のため児童の保育ができないと認める。 □ 上記の者は、日常生活において、介護の必要を認める。 □ 上記の者は、____時から____時までの付き添いの必要を認める。
保育できない、又は介護を必要とする期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで
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。**			