

(保護者記載欄)

児童氏名	
生年月日	
在籍施設名	

## 診 断 書 (保育施設入所申込み・支給認定用)

氏名		生年月日	(昭・平) 年 月 日生( 歳)
傷病名			
初診日	年 月 日(頃)	治療期間	年 月頃まで・不明
入院治療が必要な場合		年 月 日から	年 月 日まで(予定)
所見			
保育の必要性の度合い	現在の状況 1 1か月以上の入院治療が必要であり、保育が不可能な状況 2 日常生活に支障があり、保育は困難な状況 3 日常生活には支障はないが、保育施設の利用が望ましい状況 4 日常生活に支障はなく、保育施設の利用も必要ではない状況		

上記のとおり診断したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_