

診 断 書

フリガナ		生 年 月 日	令和 年 月 日	4 月 1 日 現 在 の 年 齢	歳	園 名	保育園 こども園 幼稚園	申込・ 在園
フリガナ			令和 年 月 日		歳		保育園 こども園 幼稚園	申込・ 在園
フリガナ			令和 年 月 日		歳		保育園 こども園 幼稚園	申込・ 在園

対象者氏名		児童との 続柄	
-------	--	------------	--

-----以下は、医師が記入してください。-----

1. 病 名					
2. 現 在 の 症 状					
3. 今後必要な治療期間（見込）	か月 ・ 未定				
4. 外 来 通 院 回 数	☐ 月に 日程度 ・ ☐ 自宅療養				
5. 入 院 期 間	☐ 入院予定 <table><tr><td>入院予定日：令和 年 月 日</td></tr><tr><td>退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定</td></tr></table> ☐ 入院中 <table><tr><td>入院開始日：令和 年 月 日</td></tr><tr><td>退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定</td></tr></table>	入院予定日：令和 年 月 日	退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定	入院開始日：令和 年 月 日	退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定
入院予定日：令和 年 月 日					
退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定					
入院開始日：令和 年 月 日					
退院予定日：令和 年 月 日 ・ 未定					
6. 日常生活能力の程度（必ずご記入ください。）	☐ （1）日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 ☐ （2）日常生活の一部に援助（介護）が必要である。 ☐ （3）日常生活の大半に援助（介護）が必要である。 ☐ （4）日常生活に常時援助（介護）を必要として、身の回りのことはほとんどできない。				
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
病院(医院)所在地					
病院(医院)名称					
医 師 名					

※接骨院、整体院等での診断は無効です。医療機関で医師の診断を受けてください。

※医師の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師記入欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる（在園児は退園となります）ことがあります。

※証明内容について不明な点がある場合、領収書等の提出を求める場合があります。