

# 診 断 書

## ( 保 護 者 用 )

(あて先)羽 村 市 長

氏名		生年月日	
初診日			
診断名			
症状等			
上記疾病による 児童保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育に支障なし		
	<input type="checkbox"/> 保育困難・保育不可		
今後の入院 及び通院期間	入院                    年    月    日                    ~                    年    月    日		
	通院                    年    月頃まで／未定                    頻度：週    回／月    回		

上記の通り診断する。

年    月    日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

以下、保護者記入欄 ※未入所の場合は施設名に「申請中」と記入してください。

児童名		施設名	
-----	--	-----	--