

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 児童養育の可否	<input type="checkbox"/> 児童の養育に支障なし		
	<input type="checkbox"/> 児童の養育に支障あり		
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		学童クラブ名	
-----	--	--------	--