

診断書

受診者	住 所		電話	()
	カ ナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日生	

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印

上記の者について、次のとおり診断いたします。

1	診断名		2	初診年月日	年 月 日
3	現在の症状				
4	今後の治療等見込み	<input type="checkbox"/> 入院	(年 月 日 ~ 年 月 日) 予定		
		<input type="checkbox"/> 通院頻度	今後 (月 ・ 週) に (日) の治療が必要 ⇒その状況は (年 月 日頃まで継続する見込み ・ 未確定) である		
		<input type="checkbox"/> 療養	(年 月 日 ~ 年 月 日) 予定		
5	保育の可否 ※受診者の内容を記入し、家族の支援の有無などは考慮しない	<input type="checkbox"/> 1か月以上の入院のため児童の保育が完全に出来ない <input type="checkbox"/> 常時臥床のため児童の保育が常時に出来ない <input type="checkbox"/> 1か月以上の療養が必要なため、常時児童の保育が出来ない <input type="checkbox"/> 1か月以上の自宅療養のため児童の保育が部分的に出来ない <input type="checkbox"/> 療養を認めるが児童の保育ができる (保育の必要性該当しない) 注1			

<記入にあたっての注意事項>

- ・注1に該当する場合は、保育施設の利用要件に該当しません。
- ・同様の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

診断書（様式例）

受診者	住 所	埼玉県吉川市きよみ野一丁目1番地	電話	048 (982) 5111
	カ ナ	ヨシカワ ナマス	生 年 月 日	
	氏 名	吉川 なまづ	昭和 50 年 12 月 15 日生	

令和 3 年 5 月 1 日

医療機関名 ○ ○ 病 院

所在地 ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ △ 丁 目 △ 番 地

担当医師名 ○ ○ ○ ○

印

上記の者について、次のとおり診断いたします。

1	診断名	○ ○ ○ ○	2	初診年月日	令和元 年 5 月 1 日
3	現在の症状	現在の症状を詳しくご記入ください			
4	今後の治療等見込み	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 (令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 3 年 6 月 30 日) 予定			
		<input checked="" type="checkbox"/> 通院頻度 今後 (月 ・ 週) に (5 日) の治療が必要 ⇒その状況は (令和 3 年 9 月 30 日頃まで継続する見込み ・ 未確定) である			
		<input type="checkbox"/> 静養・療養 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 予定			
6	保育の可否 ※受診者の内容を記入し、家族の支援の有無などは考慮しない	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以上の入院のため児童の保育が完全に出来ない <input type="checkbox"/> 常時臥床のため児童の保育が常時に出来ない <input type="checkbox"/> 1か月以上の療養が必要なため、常時児童の保育が出来ない <input type="checkbox"/> 1か月以上の自宅療養のため児童の保育が部分的に出来ない <input type="checkbox"/> 療養を認めるが児童の保育ができる (保育の必要性該当しない) 注 1			

<記入にあたっての注意事項>

- ・注 1 に該当する場合は、保育施設の利用要件に該当しません。
- ・同様の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。