

保護者 記入欄	施設名	
	児童氏名	
	児童生年月日	平成・令和 年 月 日

診断書

音更町長 宛て

医師記入欄

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
診断名	
初診日	平成・令和 年 月 日
通院回数	週・月 回程度 / 不定期
治療期間	令和 年 月頃まで / 未定
現在の病状について	
児童の保育	
1 上記の者は、寝たきり・感染症等の状態により、児童の保育が不可能である。 2 上記の者は、日常生活に著しく支障があり、児童の保育が困難である。 3 上記の者は、部分的に児童の保育が困難である。 4 上記の者は、十分に児童の保育が可能である。	
上記のとおり診断します。	令和 年 月 日
医療機関名	_____
所在地	_____
担当医師名	_____ 印

※ 上記内容が記載されていれば、診断書の形式は問いません。