

診 断 書

(宛先)茅野市教育委員会

氏名 _____ (生年月日) 昭・平・令 年 月 日生

病名 _____ この疾病による入院歴 あり ・ なし

該当する項目に☑のうえ、加療見込期間および特記事項があればご記入ください。

・加療の方法 投薬のみ 通院 (週・月 日) 往診 (週・月 日)
入院 その他 ()

・傷病の程度 絶対安静 常時看護人必要 乳幼児保育不可能
その他 ()

・加療見込期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

特記事項があればご記入ください。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 住所 _____
医療機関名 _____
医師名 _____ (印)
電話番号 _____

※この診断書は医師の押印が必要です。

※この診断書は保育所等入所及び継続入所のために使用します。

保護者記入欄

施設名		児童名		生年月日	H・R	年	月	日
施設名		児童名		生年月日	H・R	年	月	日
施設名		児童名		生年月日	H・R	年	月	日