

(保育所入所用)

園 名 :
児 童 名 :

診 断 書

(患者住所) 行方市

(患者氏名)

(生年月日) 明治 ・ 大正 年 月 日
昭和 ・ 平成

【病名】

(適当な番号を○で囲んでください。)

- 1 上記の者は、 ①入院中 ②常時寝たきり ③安静を要する ④長期通院
を要するため児童の保育ができないと認める。
- 2 上記の者は、日常生活において ①全介護 ②一部介護 の必要を認める。
※ 介護認定されている方は介護保険被保険者証のコピーで代用できます。

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院 (医院) 所在地

病院 (医院) 名

医 師 名

印

※ この診断書或いは、同内容を具備する診断書でお願いいたします。