

診 断 書

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

我孫子市保育課提出用

1. 患者氏名		2. 生年月日	年 月 日
3. 傷病名			
4. 上記疾病の初診日	年 月 日		
5. 症状			
6. 入院期間 (見込み)	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		
7. 治癒見込み	年 月 日 頃 ・ 未定		
8. 介護及び看護の必要性	該当する項目に☑をお願いします <input type="checkbox"/> 常時看護又は介護を要する <input type="checkbox"/> 常時観察を要し、随時看護又は介護を要する <input type="checkbox"/> 介護・看護のいずれも必要としない		

※保育施設は、家庭での保育が困難な場合に、家庭に代わって保育を行う施設です。  
 この診断書は、保育園の入園に関し家庭での保育が困難であることを証明していただくためのものです。

(保護者記入欄)

児童名	生年月日	施設名
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望)
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望)
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 新規申込 (第一希望)