

診断書

※ 医師に記入してもらってください。

年 月 日

坂戸市長 あて

医療機関名

所在地

医師名

次のとおり診断する。

氏名		生年月日	
診断名			
初診日	年 月 日 (頃)	治療期間	年 月(頃)まで・不明
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	通院回数	回/週 または 回/月
児童の保育についての所見			
<input type="checkbox"/> 自身の起居にも困難があり、保育ができない状態である。			
<input type="checkbox"/> 自身の身の辺のことはできるが、保育ができない状態である。			
<input type="checkbox"/> 自身の症状改善のため、保育をしないことが望ましい。			
その他の所見 (上記内容に補足等ありましたらご記入ください。)			

保護者記載欄

児童名		生年月日		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
施設事業所等の利用状況		<input type="checkbox"/> 利用中 (施設名:)		<input type="checkbox"/> 申込中(施設名:)	
児童名		生年月日		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
施設事業所等の利用状況		<input type="checkbox"/> 利用中 (施設名:)		<input type="checkbox"/> 申込中(施設名:)	
児童名		生年月日		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
施設事業所等の利用状況		<input type="checkbox"/> 利用中 (施設名:)		<input type="checkbox"/> 申込中(施設名:)	