

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			
☐ 自身の起居にも困難があり、保育ができない状態である。			
☐ 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。			
☐ 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	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			
児童名		生年月日		本人との続柄	☐ 子 ☐ その他()
施設事業所等の利用状況		☐ 利用中 (施設名:) ☐ 申込中(施設名:)			