

診 断 書

保護者記入欄		(利用中の施設)
施 設 名	:	
児 童 名	:	
生 年 月 日	:	年 月 日

患者	住所		
	氏名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	病名		
医師所見			

【保護者疾病】病状・治療上から見て、患者は日中、児童の保育ができますか？	保育できる ・ 保育できない
【介護・看護】病状・治療上から見て、患者は日中、介護・看護を必要としますか？	必要とする ・ 必要としない

通院・往診の場合	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	回 数	週 ・ 月 () 回程度の通院・往診を要す
入院の場合	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 住 所

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

保護者記入欄

向日市長 宛て

保護者氏名

(注1) この診断書は、3か月以内に発行されたものに限ります。太枠内は、医療機関にてご記入をお願いします。

(注2) 保護者の疾病や、家族(兄弟姉妹・祖父母等)の介護・看護を理由として申請される方のみ、ご提出ください。
申請児童本人の診断書ではありません。