診断書

受診者氏名		性別	
生年月日	S･H　　年　　月　　日		
傷病名			
治療期間 （治癒見込期間）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
疾病・負傷の状況	□入院が必要 □家庭内において、常時臥床常態の安静が必要 □家庭内において、日常生活に著しい制限を受けており加療が必要 又は、週3日以上の通院もしくは通所が必要 □上記より軽度ではあるが、定期的に通院が必要		
所見欄			

福崎町長様

上記のとおり療養のため、児童の保育が困難と認めます。

年　　月　　日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医　師　名　　㊞