

疾病用

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日以上に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 _____			