

氏名(診断を受ける人)		児童から見た続柄		児童名	
-------------	--	----------	--	-----	--

児童クラブ名 () 決定番号()

診 断 書 (児童クラブ用) ※傷病用					
病人等	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳)	
傷 病 名					
診療の始期		年 月 日	診療見込期間	年 月 日まで (ヶ月)	
特 記 事 項	治療の必要性	・必要なし(児童の保育に支障なし)			
		・必要である(児童の保育に支障なし 児童の保育困難) ※ ↑どちらかを○で囲んでください ～必要な治療の内容～			
	その他				
上 記 の と お り 診 断 す る 。 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 医 療 機 関 ・ 医 師 名 印					

医 療 機 関 様

日向市長

この診断書は、児童クラブを利用する際、「保護者等が病気のため児童を家庭で保育できない」状況を確認するために必要なものです。保護者より診断書発行の依頼がありました際は、 ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。