

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

園名 ( ) 決定番号( )

診 断 書 (※傷病用)					
病人等	住 所				
	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	
傷 病 名					
診療の始期	平・令 年 月 日	診療見込期間	令和 年 月 日まで ( ヶ月)		
特 記 事 項	児童の保育の可能性	・保育に支障ない      ・やや保育困難      ・保育困難      ・保育不能			
	その他				
上 記 の と お り 診 断 す る 。  令和 年 月 日  医 療 機 関   所 在 地  医 療 機 関   ・   医 師 名					

医 療 機 関   様

日向市福祉事務所所長

この診断書は、児童が保育所や認定こども園を利用する際、「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、よろしくご協力のほどお願い申し上げます。

お問い合わせ先    日向市こども課    保育係    TEL    0982-52-2111 (内線2179)