

診 断 書

① 疾 病 等 用

年 月 日

(あて先) 成田市長

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

下記のとおり診断します。

①患者氏名		②生年月日	年 月 日
③診 断 日	年 月 日		
④傷 病 名			
⑤症 状			
⑥入院期間 の見込み	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで		
⑦治 癒 見 込	年 月 日頃まで ・ 未定		
⑧児童の保育 能力の程度	A : 児童の保育が著しく困難である		
	B : 児童の保育が困難である		
	C : 児童の保育に支障をきたすおそれがある		

※⑧については、いずれか該当するものに○を付けて下さい。

※保育所等は、保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。本様式は入所に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。

.....
(以下保護者記入欄)

児童と患者との続柄	父	母	祖父	祖母	きょうだい	その他 ()
入所 (希望) 施設名	児童名	(年 月 日生)				
		(年 月 日生)				
		(年 月 日生)				