# 診　断　書（保育認定用）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　　名 | | | |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日生 | 性 別 | 男・女 |
| 住　　所 | | | |
| 傷　病　名 | | | |
| 入 院 期 間 | | | |
| 安静が必要な期間 | | | |

現在の状況等　※保護者本人の場合：家庭で保育が出来ない理由等

※保護者の親族の場合：常時介護・看護が必要な理由等

上記のとおり診断いたします。

年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

電　話

診療担当科名

医師氏名(自署又は記名押印)　㊞