診断書（保育認定用）

住所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

病名　（　　）

症状

通院等状況　上記の者は今後、（　月・週　）　　日の（通院・入院・施設通所）が必要となります。

保育の可否（適当な番号を〇で囲んでください。）

1．上記の者は、療養、通院のため家庭での児童の保育ができないと認める。

2．上記の者は、日常生活において常時介護が必要であると認める。

3．上記の者は、施設通所のため保護者の付添いが必要であると認める。

通院等期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

病院　所在地

名称

医師名　　㊞

※上記内容等を担当職員が確認させていただく場合があります。