

診 断 書

彦根市長 あて

【医師記入欄】

1. 受給者（患者）	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	傷病名	
2. 傷病の治療状況及び所見		
3. 入院又は治療・療養に 要する時間	入院： 年 月 日 ～ 年 月 日 予定	
	通院： 年 月 日 ～ 年 月 日 予定	
	(通院頻度： 週 ・ 月 回程度)	
	療養： 年 月 日 ～ 年 月 日 予定	
4. 現状の状態からの 医学的所見	※該当する番号いずれかを○で囲んでください。	
	1. 療養のため、児童を保育することが困難と認める	
	2. 日常生活において、看護・介護の必要性を認める	
	【その他 特記事項】	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日		
医療機関所在地 医療機関名 医師名 ㊞		

※申込者記入欄

施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込施設 (第一希望)	ふりがな 児童氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込施設 (第一希望)	ふりがな 児童氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
施設名		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込施設 (第一希望)	ふりがな 児童氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日

注意事項

申し立て内容が事実と異なる場合は、入所を取り消し、または退園となる場合があります。