医療機関様

○この書類は、**保育所等の入所(継続)手続き**に必要な書類です。太枠内は必ず医師が記入願います。
○この内容を具備する別様式の診断書でも有効です。
○代表印等、診断書作成医師の印のないものは無効です。
○訂正の際は、二重線で消し訂正印を押印してください。
※修正液は不可
○記入にあたってのお問い合わせは、城里町健康福祉課（保育担当）へお願いします。℡029-353-7265

保護者記入欄	保護者氏名：
	児童氏名：
	児童氏名：
	児童氏名：
利用施設名(申請中は第１希望施設を記入)	
□利用中□申請中	児童との続柄□父□母

診　断　書

患者氏名		患者住所	
生年月日・性別	年　月　日（　歳）　□男　□女		
傷病名			
初診日	年　月　日		
手術について	年　月　日・手術内容：		
入院について（見込み）	□必要　□不要		
	入院期間：　年　月　日から　年　月　日まで □予定　□終了時期は未定		
	入院時の家族の介護(看護)を　□要する　□要しない		
通院について（見込み）	□必要　□不要		
	通院期間：　年　月　日から　年　月　日まで □予定　□終了時期は未定		
	通院頻度：週　日　・　月　日		
病状及び所見			

※以下のうち該当する場合に☑記入してください

□上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。

□上記の者は、日常生活において介護(看護)の必要を認める。□常時必要 □一部必要
（具体的に介護が必要な内容：　）

城里町長　様　　上記のとおり診断します。

証明日　　年　月　日

医療機関　所在地：
名　称：
電話番号：
診断書作成医師名：　（署名又は押印）

※虚偽の証明は無効です。記載事項が**事実と相違する場合は、入所決定が取消しとなる**ことがあります。