

(児童氏名 :

園名 :

)

## 診 断 書 (保育認定用)

住 所 :

氏 名 :

様

生年月日 :

昭和・平成

年

月

日

### 1 病名等

### 2 保育に欠ける状況、期間等に対する所見

※上記1の病状により患者本人が同居する児童を保育することが困難か、その状況が長期に渡るものであるか等についての所見をご記入くださいますようお願いいたします。

常時臥床 (該当する場合はチェックをお願いいたします。)

入院中 (該当する場合はチェックをお願いいたします。)

退院の見込み  あり ( 年 月頃 )  なし

※ ありの場合、3について「退院後の通院の見通し」としてご記入ください。

### 3 今後の通院の見通しについて

※該当する項目にチェックをお願いいたします。

定期的な通院は必要ない。

1ヶ月～数ヶ月に1回の通院が必要である。

月2回以上の通院が必要である。

---

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

印