保護者記入欄 (※この欄は、保護者が記入してください。)								
児 童	氏		生	年	月	日	保 育 所 名 保育所 (園)	☐ 新規 ☐ 継続
			年	月	日			☐ 新規 ☐ 継続
	名		日	年	月	日		☐ 新規 ☐ 継続
患 者	児童との続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他 ()		電話番号				

診 断 書

年 月 日

陸前高田市福祉事務所長 様

所 在 地

医療機関名

担当医師名

電 話 番 号 — —

次のとおり診断します。

患 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
病 名		
現 在 の 病 状	-----	
稼働能力の有無	就床安静	(☐ 必要とする ☐ 必要としない)
	家事程度の作業	(☐ できる ☐ できない)
	子どもの保育	(☐ できる ☐ できない)
看護・介護	家族の看護又は介護 (☐ 必要とする ☐ 必要としない)	
治療見込期間	【入院】	年 月 日 ~ 年 月 日
	【通院】	年 月 日 ~ 年 月 日
特 記 事 項		

備考

- この証明書は、保育所への入所（継続）に際し、児童の保護者等の病状等や、家族の看護又は介護の要否を確認するものとして使用されます。
- この診断書に関する費用等は、請求者（患者）の負担となります。