|  |  |
| --- | --- |
| **診　断　書**  氏　　名  　　　住　　所  　　　生年月日　　明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日  　　　傷病名   |  | | --- | | 〈病状及び日常生活での制限等〉 |   　　　※　以下のうち該当する番号を○印で囲んでください。  　　１　上記の者は、治療（療養）のため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の必要を認める。  　　治療（療養）見込期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日  **上記のとおり診断する。**  令和　　　年　　　月　　　日  　　　医療機関所在地  　　　医療機関名  　　　医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |