|  |  |
| --- | --- |
| **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 |