

診 断 書

保護者用

藤 沢 市 長 宛

医 師 記 入 欄

1. 氏名			
2. 生年月日	年 月 日	3. 性別	男 ・ 女
4. 診断名			
5. 初診日	年 月 日		
6. 現在の病状について			
7. 今後の見通し	週____日（若しくは月____日）の通院加療が____ヶ月間程度必要。		
8. 入院状況（予定）	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで入院・入院予定 退院後 _____ 年 _____ ヶ月程度の通院加療を要する。		
9. 就学前児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかに○をつけてください） I 上記の者は、就学前児童の保育が完全に不可能な状態である。 II 上記の者は、就学前児童の日中常時の保育が困難な状態である。 III 上記の者は、就学前児童の日中の保育が部分的に困難な状態である。 IV 上記の者は、就学前児童の保育が十分に可能な状態である。			
上記のとおり診断します。		証明年月日	年 月 日
		<u>※必ずご記入ください。</u>	
医療機関名		_____	
所在地		_____	
担当医師名		_____ 印	

※上記内容が記載されていれば、診断書の形式は問いません。

保 護 者 記 入 欄	児童氏名	生年月日	保育施設名※申込中の方は第一希望施設	
	(ふりがな)	年 月 日		申込中・内定・利用中
	(ふりがな)	年 月 日		申込中・内定・利用中
	(ふりがな)	年 月 日		申込中・内定・利用中