

診 断 書

保育園等名	
児 童 名	
生年月日	. .

年 月 日

(宛先) 八千代市長

医療機関名

担当医師名

⑩

以下のとおり診断いたしました。

患者氏名		住所	
傷 病	病 名		
	病 状		
	保育の可否	<input type="checkbox"/> 児童の保育に支障あり	<input type="checkbox"/> 児童の保育に支障なし
	治療見込 期 間	年 月 日	～ 年 月 日
	入院見込 期 間	年 月 日	～ 年 月 日

注

1. この診断書は、保護者が傷病及び介護のために保育にあたれないことを入園理由とするときに提出してください。
2. 保護者及び介護される者が身体障害者手帳・療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳を所持している場合には、医師の診断は必要ありませんので、以下の欄に必要な事項を記入し、提出してください。

心 身 障 害 (児) 者

心身障害 (児)者氏名		住所	
身体障害者手帳	療 育 手 帳	精神障害者保健福祉手帳	
手帳番号 第 号	手帳番号 第 号	手帳番号 第 号	
交付年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日	
障 害 名	判定年月日 年 月 日	有効期限 年 月 日	
等 級 種 級	障害程度 の	等 級 級	