

## 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                                                                                                               |    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                                                               | 性別 | 男・女 |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                               | 大正<br>昭和<br>平成   | 年 月 日                                                                                                                         | 年齢 | 歳   |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 診断名 _____</p> <p>2 病状</p> <p>現に受けている治療の内容並びに現在の状況を具体的に記載してください。また、どれくらいの期間治療が必要なのかを必ず記載してください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |                  |                                                                                                                               |    |     |
| 記入年月日                                                                                                                                                                                                              | 年 月 日            |                                                                                                                               |    |     |
| 医師                                                                                                                                                                                                                 | 病院、診療所<br>等の施設名称 |                                                                                                                               |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                    | 所在地              | TEL - -                                                                                                                       |    |     |
|                                                                                                                                                                                                                    | 氏名               | <div style="text-align: right;">  </div> |    |     |

※これは（ ）の保育所入所の用に供するものです。それ以外には使用できません。  
※児童名