

診 断 書

|  |              |         |     |
|--|--------------|---------|-----|
| 氏名   |              | 性別      | 男・女 |
| 生年月日   | 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<br/>                 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、診療所等の施設名称 |         |     |
|  | 所在地          | TEL - - |     |
|  | 氏名           | (印)     |     |

※これは(児童名 \_\_\_\_\_)の保育所入所、もしくは、子育てのための施設等利用給付の認定の用に供するものです。それ以外には使用できません。