

診 断 書

住 所

患者氏名

年 月 日生

病 名

医師所見

安静を要する日数又は期間

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医 師 名

印

「診断書（保育の必要性認定用）の記載について」

診断書の様式については、病院の任意様式でも受付できますが、**保護者の病状による保育の必要性の判断資料となるため、「保育ができない」「保育が望ましい」等の保護者の保育の可否について、御記載いただきますようお願いいたします。**

※ただし、入院している場合を除きます。

※安静を要する期間が6か月を超える場合は、症状の確認で再度診断書の確認が必要になります。

児童氏名	(年 月 日生)	
保護者氏名		
施設名		
受診状況	入院	(期間 ～)
	通院	(月 ・ 週 日程度)
	自宅療養のみ	