

診 断 書 (保育所入所用)

	保育所 (園) 名	入所児童名	
		入所児童名	
		入所児童名	
患 者	住 所	東京都西多摩郡檜原村 番地	
	氏 名	男・女	
	生 年 月 日	年 月 日	
	児童との続柄		
傷 病 名			
現 在 の 症 状	診 察 年 月 日	令和 年 月 日	
	治療に要する期間 (見込みでご記入ください)	入院・通院 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)	
	日常生活での所見 (どれかひとつにチェックを つけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活はひとりでも可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助 (介護) が必要である (一部・ほぼ全部) <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない <input type="checkbox"/> その他 (特記事項)	
	児童の保育について の所見 (どれかひとつにチェックを つけてください)	<input type="checkbox"/> 児童の日中常時の保育が困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育はほぼ全部不可能な状態にある <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能である <input type="checkbox"/> その他 (特記事項)	
医 師 署 名 欄	<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">病 院 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">病 院 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 (印)</p>		