診　断　書

高取町長　殿

医師記入欄	※この診断書は保育園等の入所にあたって必要性確認するものです。		
患者の氏名		生　年　月　日	
傷　病　名			
現在の病状			
入院（予定）期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日頃まで		
通院（予定）期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日頃まで （通院　：　週　　日　・　　月　　日）		
患者の状況について （該当するものに○をつけてください）	患者さんはどのような状況ですか ☐ 常時臥床　　☐ 一般療養 患者さんは就学前児童の保育は可能ですか ☐ 保育が可能　　☐ 保育が部分的に困難　☐ 保育が日常的に困難　☐ 保育が不可能 患者さんは介護が必要ですか ☐ 常時介護が必要　☐ 一部介護（食事、排泄、入浴、移動）が必要　☐ 介護は不要		
特記事項			

上記のとおり証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

担当医師名　　印

※　この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。
※　診断書の有効期限は、療養の期間になります。ただし、療養期間が不明の場合は、証明日より有効期間となります。

保護者記入欄		
園名		
児童氏名		