

診 断 書

以下のうち該当する番号を○で囲んでください。

- 1 下記の者は、治療のため児童の保育が困難と認める。
- 2 下記の者は、日常生活において常時介護の必要を認める。

氏 名

生年月日 明治・大正・
昭和・平成・令和 年 月 日

住 所

診 断 名

(具体的な内容)

入 院 不要・要 (見込期間 年 月 日～ 年 月 日)

通 院 不要・要 (見込期間 年 月 日～ 年 月 日)

治療見込期間 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

㊞

※この診断書又は同内容を具備する診断書をご提出ください。
※ご記入は、主治医、医療機関（整骨院、接骨院以外）から証明をお願いします。