

保護者記入欄	
フリガナ 児童名	
生年月日	年 月 日生

診断書

武蔵野市長 殿

証明日 令和____年____月____日

医療機関名

医師名

所在地

電話番号

下記のとおり、診断します。

氏名	
診断名	
症状	<p>医学的見地から、疾病又は傷病により以下の状態にあると判断されるため、保育にあたることができない。</p> <p><input type="checkbox"/>常時病臥を要する 期間： 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>入院を要する 入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 退院後の治療方針 ※自宅療養等を要する場合などはご記入ください。 ()</p> <p><input type="checkbox"/>通院を要する 通院頻度： <input type="checkbox"/>週1日以上 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>常時安静を要する (日常生活に著しく支障がある)</p> <p><input type="checkbox"/>上記に該当しないが、疾病又は傷病により保育にあたることができない。</p> <p><特記事項> ※必要な場合のみご記入ください。</p>

※本診断書の発行にかかる費用は、受診者の負担となります。