

保護者記入欄	
フリガナ 児童名	
生年月日	年 月 日

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	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。 ☐常時病臥を要する 期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐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のご記入ください。 () ☐通院を要する 通院頻度： ☐週 1 日以上 ☐その他 () ☐常時安静を要する（日常生活に著しく支障がある） ☐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。 <特記事項>※必要な場合のみご記入ください。

※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。