

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をご記入ください。） ：</p> <p><input type="checkbox"/> 療養を要する 通院頻度： <input type="checkbox"/> 週 3 日以上 <input type="checkbox"/> 週 2 日 <input type="checkbox"/> 週 1 日以上 <input type="checkbox"/> 月 1 日以上 <input type="checkbox"/> その他（ ）</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。