

診 断 書

住 所 八頭郡若桜町

受診者氏名

生年月日 昭・平 年 月 日

病 名	
症 状	
所 見	上の者、頭書の疾病のため、向こう 月間児童の保育にあたることが困難であることを認める。
介護の必要性	上の者、付き添いによる常時介護を 必要とする。 必要としない。

※介護の必要性は、いずれかを○で囲んでください。

平成 年 月 日

病（医）院住所

病（医）院名

担当医師名

印

【保護者記入欄】

児童名		生年月日	平成 年 月 日
児童名		生年月日	平成 年 月 日
児童名		生年月日	平成 年 月 日

注) この診断書は、こども園入園申請資料のみに用いられるものです。