

希望（在園）する施設名	年齢	児童名

診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
病 名	
治療見込期間	年 月 日 ～ 年 月 日
入院（予定含む）	<input type="checkbox"/> 有（入院期間： 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無
外来通院回数	<input type="checkbox"/> 1週間 ・ <input type="checkbox"/> 1か月 に 回程度
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中（入院予定）である <input type="checkbox"/> 通院加療を行い、自宅で安静を要する状態である <input type="checkbox"/> 上記以外で、家庭で保育することが困難である
特 記 事 項	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 ⑩ (電話番号)	

《医療機関の方へ》

- ・この診断書は、保育所等の利用や幼児教育・保育無償化の認定申請にあたり、保護者が児童を保育できない理由・状況を確認するために使用するものであり、京田辺市輝くこども未来室においてのみ使用します。
- ・証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。
- ・診断書は無料ではありません。各医療機関の定める診断書作成料を、保護者から徴収してください。