（希望施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　（児童氏名）

診　断　書

住　　所

氏　　名

生年月日　　大正・昭和　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成・令和

病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

保護者が疾病の状態にあるとき

1. 上記の者は、療養のため、児童の保育ができないことを認める。

保育ができない期間　　　　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日

　①の病状・状態像等の具体的程度、症状等

保護者以外の者が疾病の状態にあるとき

1. 上記の者は、日常生活において看護（介護）の必要を認める。

看護（介護）に必要な期間　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日

　②の病状・状態像等の具体的程度、病状等

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

病院（医院）所在地

病院（医院）名

医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　※同内容を証明する診断書を代わりに提出することができます。

【お問い合わせ先】千代田町健康子ども課子育て支援係　TEL 0276－86－5411