

(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

② 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