

(保育所利用申請用)

診 断 書

年 月 日

(あて先)香取市長

医療機関
所在地
電話番号
医師名

以下のとおり診断します。

患者氏名		生年月日	年 月 日
診断日			
傷病名	※また、下記のいずれかに該当する場合には○を付けてください。 常時臥床 ・ 精神疾患 ・ 結核		
症状			
入院・居宅療養 期間の見込み	入院期間	年 月 日 ~	年 月 日ころまで
	居宅療養期間	年 月 日 ~	年 月 日ころまで
治癒見込み	年 月 日ころまで ・ 未定		

保護者記入欄

児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望
児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望
児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望