（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〇を付けてください。  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 |