（　　保育園）

診　　断　　書

下記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在（住所）

医師氏名　　㊞

白　石　町　長　　様

住　　所	白石町大字　　番地
氏　　名	
生　年　月　日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
児童との続柄	
病　　名	
診　断　内　容	
診　　断　　日	令和　　年　　月　　日
初　　診　　日	令和　　年　　月　　日
今後の治療期間	入院　　年　　ヶ月　・　通院　　年　　ヶ月
１ヶ月分概算額	（本人支払額）月　　円

※　〇で囲んでください。

・療育上の安静度　　1. 安静を要す　　2. 日常生活上支障なし
　　3. 稼動不能　　4. 軽度の稼動可能

・家族等の看護、介護の必要性　　（　有　・　無　）
・児童保育（子守り）の可否　　（　可　・　否　）