

(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 印

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

※ ○で囲んでください。

- ・療育上の安静度

1. 安静を要す
3. 稼動不能

2. 日常生活上支障なし
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)