

診 断 書

学童保育所名	
児 童 名	
生 年 月 日	. .

年 月 日

(宛先) 八千代市長

医療機関名
担当医師名

以下のとおり診断いたしました。

患者氏名		住所	
傷 病	病 名		
	病 状		
	治療見込 期 間	・入院 年 月 日～ 年 月 日 ・通院 年 月 日～ 年 月 日 ・自宅療養 年 月 日～ 年 月 日	
出 産	予 定 日	年 月 日	

注

1. この診断書は、保護者が傷病、出産及び介護のために保育にあたれないことを入所理由とするときに提出してください。尚、出産の場合は、予定日の記載されている母子健康手帳（写し）でも結構です。
2. 保護者及び介護される者が身体障害者手帳・療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を所持している場合には、医師の診断は必要ありませんので、以下の欄に必要事項を記入し、提出してください。

心 身 障 害 (児) 者

心身障害 (児)者氏名		住所	
身体障害者手帳		療 育 手 帳	
手帳番号 第 号	手帳番号 第 号	精神障害者保健福祉手帳	
交付年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日	手帳番号 第 号	手帳番号 第 号
障 害 名	判定年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日	有効期限 年 月 日
等 級 種 級	障害程度 の	等 級	等 級