

(幼稚園 (こども園・保育園))

診 断 書

下記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在 (住所)

医師氏名

印

芦屋町長 様

住 所	芦屋町		
氏 名			
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
児童との続柄			
病 名			
診 断 内 容			
診 断 日	年 月 日	初 診 日	年 月 日
現在の治療期間	入 院	年 月 日から (カ月)	
	通 院	年 月 日から (週 日)	
今後の治療期間	入 院	年 月 日から (カ月)	
	通 院	年 月 日から (週 日)	

※該当するものを○で囲んでください。

- 児童の保育
- 療養上の安静度
- 看護・介護の必要

可 · 否
軽度の稼働可能 · 安静を要す · 稼働不可能
有 · 無