

(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 可 ・ 否

●療養上の安静度 軽度の稼働可能 ・ 安静を要す ・ 稼働不可能

●看護・介護の必要 有 ・ 無