

# 診断書（治療）

どちらか○で 囲んでください。	児童名	児童との続柄
申込中・入園予定 在園中	第一希望（在園）施設名	児童生年月日
		・

※以下の内容は、担当医師が記入してください。

氏名		生年月日	年 月 日 生
傷病名			
症状			
治療期間	治療期間の見込み	か月・ヵ月以上	<b>※記入必須</b>
	通院	通院の頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回
	入院	入院予定	令和 年 月 日から令和 年 月 日ごろまで
総合所見 ※家庭保育に対する影響	<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。  ～以下、その他所見～		
家庭保育の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	（※いずれかにレ点をお願いします。）	
上記のとおり診断する。  <div style="text-align: right;">                     証明日 令和 年 月 日                      医療機関名                      所在地                      担当医師名                 </div>			

※治療期間の見込み、担当医師の印、証明日の記入がないものは無効となります。

※証明日が証明書提出日3か月以前の場合は無効となります。

# 診断書（治療）

どちらか○で 囲んでください。	児童名 湖西 一郎	児童との続柄 祖母
申込中・入園予定 在園中	第一希望（在園）施設名 新居幼稚園	児童生年月日 令和7・7・7

※以下の内容は、担当医師が記入してください。

氏名	湖西 花子	生年月日	1990年 7月 15日 生
傷病名	〇〇病		
症状	呼吸器障害、倦怠感		
治療期間	治療期間の見込み 6 か月・ <b>7</b> 月以上		※記入必須
	通院	通院の頻度 <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 週 2 回	
	入院	入院予定 令和 年 月 日から令和 年 月 日ごろまで	
総合所見 ※家庭保育に対する影響	<input type="checkbox"/> 常時、臥床、また安静を保つ必要がある。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input checked="" type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 ～以下、その他所見～		
家庭保育の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 否 (※いずれかにレ点をお願いします。)		
上記のとおり診断する。			
	証明日	令和 7年 10月 18日	
	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	湖西市鷺津▽▽番地の1	
	担当医師名	岡崎 □□	

※治療期間の見込み、担当医師の印、証明日の記入がないものは無効となります。

※証明日が証明書提出日3か月以前の場合は無効となります。