

# 診 断 書

竹原市長      様

|             |                                |         |   |    |       |
|-------------|--------------------------------|---------|---|----|-------|
| 氏名          |                                | 生年月日    | 年 | 月  | 日     |
| 住所          |                                |         |   | 性別 | 男・女   |
| 病名          |                                |         |   |    |       |
| 症状          |                                |         |   |    |       |
| 加療見込期間      | 年                              | 月       | 日 | ～  | 年 月 日 |
| 児童保育の可否     | 1 疾病等により保育は困難。<br>2 家庭での保育は可能。 |         |   |    |       |
| 上記のとおり診断する。 |                                |         |   |    |       |
| 年 月 日       |                                | 医療機関所在地 |   |    |       |
|             |                                | 医療機関名   |   |    |       |
|             |                                | 医師氏名    |   |    |       |
|             |                                | 印       |   |    |       |