

# 診 断 書

氏 名	年 月 日生
-----	--------

病 名
-----

症 状
-----

(保護者の場合) (1)・(2)のそれぞれにチェックしてください。 (1)子どもの保育 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (2)就床・安静 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要としない
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

今後の治癒見込期間 いずれかにチェックし、期間を記入してください。 入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで (1ヶ月に 回程度)
------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり診断します。 年 月 日 十和田市福祉事務所長 様 医療機関名 担当医師名 印
-----------------------------------------------------------

※この証明書は保育所等利用のための書類です。必要に応じて内容確認を行うことがあります。