|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 |  |
|  |
|  |
| 施設名 |  |

**診断書**

住田町教育長　様

患者 住所

 氏名

上記の者、下記のとおり診断いたします。

記

1. 患者の病状
2. 傷病名
3. 病状
4. 今後の治療見込期間
5. 入院

令和 　　　年　　　　月 　日　～　令和 　　　年 月 　日

1. 通院

令和 　　　年　　　　月 　日　～　令和 　　　年 月 　日

1. 自宅療養

令和 　　　年　　　　月 　日まで

1. 生活状況
2. 家族の看護（介護）を必要と する しない
3. 就床安静を必要と する しない
4. 家事程度の作業が できる できない
5. こどもの保育が できる できない

令和　　　年　　月 　日

医療機関名

担当医師名 印

* この診断書は、児童福祉法による保育所入所にあたり、児童の保護者等が住田町教育長に提出するものです。