この「診断書」は参考様式となります。

病院独自の「診断書」の場合は、必要な療養期間、日常生活への程度の記載を依頼してください。

（文書料は、自己負担となります。）

診　断　書

（あて先）菊川市長

　証明日　令和　　年　　月　　日　　　　　　医療機関名

※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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師

　下記のとおり診断します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 傷　病　名 |  |
| 病　　　状 |  |
| 治療期間（該当するものに☑） | 通院 | 通院開始日　　　　　年　　月　　日 |
| 通院の頻度　　□ 月　□ 週　　　　回 |
| 入院 | * 入院予定　　入院開始予定日　　　　年　　月　　日
 |
| * 入院中　　　入院期間　 　　年　　月　　日から

年　　月　　日頃まで |
| 総合所見日常生活能力の程度（該当するものに☑） | * 常時、横臥、または安静を保つ必要がある。
* 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。
* 基本的に日常生活はできるが、治療が必要である。
* 日常生活に支障がない。
 |
| 家庭保育の可否 | 　（　可　・　否　）　※いずれかに○印を願います。 |

【保護者記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童名 | 児童生年月日 | ※在園(所)の場合 |
|  | 平成／令和　　　年　　月　　日 | 　　　　保育園(部)・放課後児童クラブ |
|  | 平成／令和　　　年　　月　　日 | 　保育園(部)・放課後児童クラブ |
|  | 平成／令和　　　年　　月　　日 | 　保育園(部)・放課後児童クラブ |