（新２号・新３号認定用）

診　断　書

児童氏名	（R　　年　　月　　日生）	（利用中の施設名）
	（R　　年　　月　　日生）	（利用中の施設名）

（あて先）宝塚市長

１.受診者氏名　　性　　別　男・女
生年月日　大正・昭和
平成・令和　　年　　月　　日　生

２.傷病名

３.治療期間（または治癒見込み期間）

～　　令和　　年　　月　　日

４.疾病・負傷の状態（**受診者の家庭における児童の保育が困難な症状の程度**）
（Ａ～Ｄのいずれかにチェックをつけてください。）

入　院	☐ Ａ 入院のため。
居宅内療養	☐ Ｂ 家庭内において常時安静が必要なため。
	☐ Ｃ 家庭内において一般加療が必要なため。
通　院	☐ Ｄ 比較的軽度であるが定期的に通院が必要であるため。

※所見欄

入・通院治療日　（○印をつけて下さい。）
証明月　　月より過去（　　）カ月間

月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計　　日

上記のとおり療養のため児童の保育が困難と認める。　　令和　　年　　月　　日

病院（診療所）所在地

病院（診療所）名

電話番号（　　）　　－

医　師　名　　㊞