

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

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