

③

(新2号・新3号認定用)

診断書

(あて先) 宝塚市長

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

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

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	<input type="checkbox"/> A 入院のため。
居宅内療養	<input type="checkbox"/> B 家庭内において常時安静が必要なため。
	<input type="checkbox"/> C 家庭内において一般加療が必要なため。
通院	<input type="checkbox"/> 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	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		

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 _____ (印)