

各施設
受付印

診 断 書

【本人(保護者)の疾病用・家族の介護・看護用】

(介護保険被保険者証※、身体障害者手帳等がある場合は、その写しで可)
※介護保険被保険者証は要介護1以上丹波市
受付印

申立者

児童との続柄 父・母・祖父・祖母

その他()

入所(希望)施設名	児童名	生年月日
		H・R . .
		H・R . .
		H・R . .
		H・R . .

上記の者について、次のとおり診断します。

1. 患者氏名 _____

2. 診断日 令和 年 月 日

3. 傷病名 _____

4. 診断内容

5. 今後の治療期間 ・入院 ヶ月 日間

・通院 ヶ月 日間

6. 児童の保育の可否 ※本人(保護者)が疾病・障害の場合
☐ 保育に支障なし ☐ やや保育困難 ☐ 保育不可能7. 家族による看護や介護の要否 ※家族の介護・看護の場合
☐ 要しない ☐ 要する

丹波市長 様

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

※診断書の有効期限は、診断書の証明日から5. に掲げた治療期間になります(最大1年間)。

ただし、治療期間が不明の場合は、診断書の証明日から1年間が有効期限となります。

《医療機関の方へ》

診断書は認定こども園やアフタースクール等の利用にあたり、保護者の認定事由を確認するための書類です。

【裏面の記入例】