

施設名	
台帳番号	
児童名	

診断書

受診者住所 鳥取市

受診者氏名

病名	症状	所見	今後の治療	介護の必要性
		右の者、頭書の疾病のため、向こう ヶ月間児童の保育にあたること が困難であることを認める。	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	右の者、付き添いによる常時介護を 必要とする。 必要としない。

※介護の必要性は、いずれかを○で囲んでください。

令和 年 月 日

病(医)院住所

病(医)院名

担当医師名

※医師の自署の場合、押印不要

