

# 診 断 書

年 月 日

国 分 寺 市 長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり診断します。

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

診 断 名 \_\_\_\_\_

症状経過等 \_\_\_\_\_

治療期間と通院回数について（現状の今後の見込み） \_\_\_\_\_

保育所利用の必要性や、看(介)護・自宅安静の必要性について

（『～のため保育所の利用が望ましい』など、保育所の利用が必要である理由について明記してください。）

※以上の内容が記入されていれば、診断書の様式は問いません。

**記入内容が事実と異なる場合には、入所承諾又は入所内定が取消しとなります。**

【問合せ先】国分寺市子ども家庭部保育幼稚園課入園相談係 電話 042-325-0111 内線 383

入力	確認①	確認②