

診 断 書

(宛先) 安曇野市長

住所	
氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
病名	
加療の方法	通院 ・ 投薬のみ ・ 往診 ・ 入院 その他 ( )
疾病の程度	常時看護人必要 ・ 絶対安静 ・ 乳幼児保育不可能 その他 ( )
保育できない理由等	
加療見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※該当箇所には○、もしくは記入をお願いします。  
※診断日から1年間のみ有効です。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

(記名押印に代えて署名することができます。)

保護者記入欄									
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日		認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日		認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)
児童名		生年月日	平成 令和	年	月	日		認定こども園 保育園	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第1希望)

※複数児童がいる場合、下の子はコピーで可