

診 断 書

患者氏名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

病 名 _____

治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者は、下記の理由により児童を家庭で見守ることが困難であることを証明する。

病 状

↑

この診断書は、安曇野市児童クラブに入所を希望する児童の保護者等が、負傷・疾病等により小学校に通う児童の見守りが家庭でできないことを証明するためのものです。

病状や治療期間等を確認させていただくことにより、児童クラブへの入所が必要な期間を確認させていただきます。

令和 _____ 年 _____ 月

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名

電話