

診 断 書

(看護または介護が必要であることを証明する書類)

診断が必要な者		*この欄は保護者が記入した上で病院に提出してください。	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	江津市 町		

医 師 記 入 欄	
病名	
症状	
療養期間	年 月 日から _____か月程度の療養が必要
この患者に係る家族の看護または介護の要否	1・要しない 2・要する
<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">年 月 日</div> 江津市長 様 上記のとおり診断する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住所 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 </div>	

保護者記入欄			
ふりがな 子どもの氏名	生年月日	保育施設等名 ※申込中の場合は第1希望	入所の状況 ※該当に○
	年 月 日		申込中・内定・在園中
	年 月 日		申込中・内定・在園中
	年 月 日		申込中・内定・在園中

※この診断書について、子どもの継続入所の場合や療養期間経過時には、再度提出が必要です。