

診 断 書

< 患者 >

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日

< 症状 >

病 名	
発 病 年 月 (通院開始年月)	年 月
令和9年度中の 治癒の見込み (児童の世話ができる程度に)	無 ・ 有 (令和 年 月頃)
児 童 の 世 話 が で き な い 理 由	

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関 名 称

所 在 地

医師氏名

印

医師 様

当診断書は、患者様と同居する児童の放課後児童クラブの利用申し込みにあたり、患者様が療養中のため、自宅で児童の世話をすることができないことを証明する書類として、市に提出するためのものです。

病名とあわせて、どのような症状のため児童の世話ができないかを記載していただきますようお願いいたします。