

※保護者記入欄（必須）

乳幼児氏名	フリガナ
	(年 月 日生)
	フリガナ
	(年 月 日生)
	フリガナ
	(年 月 日生)

診断書（証明書）

患者 住所 郡 市 町 丁目 番地 番 号

氏名 年 月 日生

1. 傷病名

2. 初診年月日 年 月 日

上記の者は頭書の疾患に罹り今後 日間の

入院・通院治療を要する

なお、子どもの保育は 受診しながらできる ものと認める

年 月 日 できない

(医療機関名)

住所

医師名 印