※保護者記入欄（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| 乳幼児氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| （　　　　年　　月　　日生） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |
| （　　　　年　　月　　日生） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |
| （　　　　年　　月　　日生） |

|  |
| --- |
| **診断書（証明書）**　　　　　　　　　　　　郡　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地患者　　　　住所　　　　市　　　　　　町　　　　　丁目　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　で　き　な　い　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日（医療機関名）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |