

診 断 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
病 名	
治療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日
乳幼児保育の可否 (病状からみて治療期間中)	保育できる ・ 保育できない
特 記 事 項	
上記のとおり診断します。 年 月 日 住 所 医療機関名 医師名 ⑩ (電話番号)	

※65歳以上は不要です