

熊本市長 様

診 断 書

氏 名	
生年月日	年 月 日生

1. 診断名 _____

2. 療養期間 開始： _____ 年 _____ 月 _____ 日 終了(予定)： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・未定

3. 通院回数 (_____ 週 ・ _____ 月) _____ 回

4. 入院の有無 _____ 有 ・ _____ 無 (該当に○記入)

5. 児童の見守りについて (該当する番号いずれか1つに○を記入してください。)

(1) 上記の者は、療養のために家庭での児童の見守りができないと認める。

(2) 上記の者は、日常生活において看護又は介護の必要を認める。

(3) 上記の者は、家庭での児童の見守りに支障がないと認める。

6. 児童の見守りができない又は、看護若しくは介護が必要である理由(5.で(1)又は(2)の場合は記入)

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・所在地

証明者(医師名)

㊟

保 護 者 記 入 欄	児 童 氏 名	
	ク ラ ブ 名	小学校児童育成クラブ
	診断を受けた者との続柄	