

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 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	