

診 断 書

＜保護者・同居者用＞

＜診断を受ける方＞	
住 所 _____ 氏 名 _____ 生 年 月 日 昭・平 年 月 日 児童との続柄 ()	
初 診 年 月 日 昭・平 年 月 日	
病 名	日常の児童保育の可否(○で囲む) 1 可能 2 不可能
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	通院及び今後の療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 通院 (週 回 又は 月 回)
症状及び所見(日常の保育が不可能な方の場合、その具体的な理由もご記入下さい。)	
診断書作成年月日 平成 年 月 日 住 所 医 療 機 関 名 医 師 名	
印	

※ この診断書は、特定教育・保育施設等入園(所)申込みの添付資料として使用します。
 この診断書に関するお問い合わせ 石垣市役所 児童家庭課 0980-82-1704

保護者記入	児童氏名	生年月日	入園(所)施設名または第1希望施設名	申込状況
		平成 年 月 日(歳)		新規申込・継続申込
		平成 年 月 日(歳)		新規申込・継続申込
		平成 年 月 日(歳)		新規申込・継続申込