

診 断 書

草津市長 宛

氏名		生年月日	年 月 日
病名			
通院および療養期間 ※見込みで御記入ください。 年 月 日 から 年 月 日 まで	入院期間 ※入院中または予定の場合 年 月 日 から 年 月 日 まで		
通院の頻度 (月・ 週) に (回) 程度			
日常保育について ※下記の該当する項目1つにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 日常保育は不可能 <input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要 (週4～5日程度) <input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要 (週1～3日程度) <input type="checkbox"/> 日常保育への支障はない			
病状および所見			
上記のとおり診断します。 診断年月日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医 師 名 印			

保護者記入欄

児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年 月 日	保育施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)