

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			
日常生活について ※下記の該当する項目1つにチェックしてください。 ☐ 日常生活は不可能 ☐ 日常生活の軽減が必要(週4～5日程度) ☐ 日常生活の軽減が必要(週1～3日程度) ☐ 日常生活への支障はない			
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			

保護者記入欄

児童名		生年月日	年 月 日	保育施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年 月 日	保育施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年 月 日	保育施設名		☐ 利用中 ☐ 申込中(第一希望)

◆診断書記入にあたっての留意事項

1. 通院および療養期間、入院期間の終期について未記入の場合は、未定として取扱いたします。
2. 内容について草津市から問い合わせを行う場合があります。

◆保護者確認事項

1. 本診断書の内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。
2. 内容について草津市から問い合わせを行う場合があります。