

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 (ヶ月・ 週) に (回) 程度			
日常生活における介助・付き添いについて ※下記の該当する項目 1 つにチェックしてください。			
☐ 自宅・病院等での全介助を要する			
☐ 自宅・病院等での部分的な介助を要する			
☐ 通院等で付き添いが必要である			
☐ 自立できているため必要なし			
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。