

診 断 書

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

上記の患者について、次のとおり診断いたします。

病 名			
病 状 (症 状)			
通院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間	□終了時期は未定
		年 月 日 ~ 年 月 日	
	日数：月 日程度	付き添いの必要性：□有 □無 □その他()	
入院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間	□終了時期は未定 年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日	
日常生活について	常 時 臥 床	必要 ・ 不要	その他()
	家族の看護(介護)	必要 ・ 不要	その他()
	家 事 程 度 の 作 業	可 ・ 不可	その他()
	子 ども の 保 育	可 ・ 不可	
備 考	上記の他、特記すべき事項があればご記入ください。		

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

[ご提出の際の注意]

- ①この書類は、児童クラブ利用申込みに際し、保護者の疾病または家族の看護(介護)を理由とする場合に提出していただくものです。
- ③この様式と同内容を具備する診断書であれば、指定様式でなくとも提出していただくことができます。
- ④ご記入の際は鉛筆ではなく、ボールペンをお使いください。
- ⑤訂正する場合は、医療機関の訂正印を押印してください。(修正液の使用不可)
- ⑥児童クラブ利用中に診断内容が変更した場合は、随時提出してください。
- ⑦証明内容を照会させていただくことがあります。

【お問合せ先】
つくばみらい市
教育委員会生涯学習課
電話 0297-58-2111(代)