

診 断 書

登録番号 第 号

次のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地(住所)

医 師 氏 名 印

(宛先)竹野の森放課後児童クラブ

住 所	鈴鹿市		
氏 名		児童との続柄	
生年月日	大・昭・平	年 月 日	歳
傷病名	この傷病の初診日 S・H・R 年 月 日		
診断内容(病状)	今後の治療期間	入院	ヶ月
		通院	ヶ月
<div>・ 本人が児童を保育する能力(該当の番号を○で囲んでください)</div> <div>本人が16歳以下の場合は記入不要</div> <div>1 保育に支障なし 2 やや保育困難 3 保育困難 4 保育不能</div> <div>・ 家族等の助力を要する程度(看護・介護の必要度)</div> <div>1 要しない 2 要する</div>			