診断書

（宛先）鎌倉市長

※下記項目が記載されているものであれば、医療機関の取り扱う診断書でも提出可能です。

医療機関記載欄

氏名	フリガナ	生年月日	年　月　日
診断日	年　月　日		
傷病名			
上記傷病による保育の可否	□保育に支障なし　□保育困難　□保育不可		
症状等	□常時病臥（一日の大半を病床で過ごす場合）　□慢性疾患等のため自宅療養 □その他（　）		
	※保育が困難・不可である状況について、具体的に記入してください。		
	保育が困難な期間	□　年　月　日　から　年　月　日頃まで	
		□　就学前まで（治療終了時期が未定の場合など）	
	入院期間	□該当なし　／　□　年　月　日　から　年　月　日頃まで	
該当項目に○	1．当該患者は、上記症状のため子どもの保育ができないことを認めます。		
	2．当該患者は、上記症状のため介護・看護が必要であることを認めます。		

上記のとおり診断します。

証明年月日　　年　月　日

医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地・電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

保護者記入欄

子どもの名前	フリガナ	子どもの名前	フリガナ
生年月日		生年月日	年　月　日
【施設・園等の名称】□利用中　□申込中(第一希望) (　)		【施設・園等の名称】□利用中　□申込中(第一希望) (　)	