

診 断 書

【氏 名】 _____

【生年月日】 昭和・平成 年 月 日生

【診 断 名】 _____

【現在の状態】 *該当する番号に○をつけてください。

育 児 に つ い て	
1	家庭での育児は非常に困難であり、常時（週5日以上）の援助を必要とする。
2	家庭での育児は困難を伴うことがあり、頻繁（週3日程度）に援助を必要とする。
3	家庭での育児に支障はない。

【症 状】

※保育が困難な状況を具体的に記入してください。

【通 院】 週・月 回 / 年 月 日から 年 月 日

【入 院】 年 月 日から 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

京極町長 様

所 在 地 _____

医療機関名 _____

担当医師名 _____ (印)

※上記内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。