

ふりがな 児童氏名	生年月日	保育所・児童クラブ名
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中

以下、医療機関等に証明を受けてください。

## 診 断 書

患者氏名	
患者住所	出雲市
患者生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成
疾病名	
上記疾病にかかると 加療見込期間	
付記 (病状等)	
当該患者が同居児童を 保育することについて	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難
当該患者に係る 家族の介護の要否	<input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> 要する
[当該患者が入所申込対象児童の場合] 集団での保育を受けることについて	<input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい

上記のとおり相違ないことを証明します。

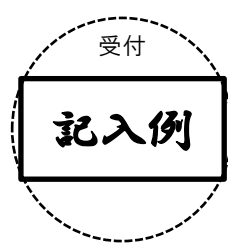
年 月 日

所在地 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

担当医師名 : \_\_\_\_\_

( \* 署名または押印願います。 )



ふりがな 児童氏名	生年月日	保育所・児童クラブ名
いずもいちろう 出雲一郎	H **. **. **	●●保育所 <input checked="" type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中
	H . .	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> __月内定 <input type="checkbox"/> 申込中

以下、医療機関等に証明を受けてください。

## 診 断 書

患 者 氏 名	出雲 吉右衛門
患 者 住 所	出雲市 今市町70番地
患 者 生 年 月 日	明治 大正 30 年 5 月 ●● 日 昭和 平成
疾 病 名	リウマチ
上 記 疾 病 に か か る 加 療 見 込 期 間	1年以上
付 記 (病状等)	関節痛だけでなく、微熱や倦怠感など全身症状あり。 関節に負担をかけないように、できるだけ安静が必要。 週1回の通院が必要。
当 該 患 者 が 同 居 児 童 を 保 育 す る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> とても困難
当 該 患 者 に 係 る 家 族 の 介 護 の 要 否	<input type="checkbox"/> 要しない <input checked="" type="checkbox"/> 要する
[当該患者が入所申込対象児童の場合] 集 団 で の 保 育 を 受 け る こ と に つ い て	<input type="checkbox"/> 望ましくない <input type="checkbox"/> 望ましい

上記のとおり相違ないことを証明します。

\*\*\*年 12月 ●●日

所 在 地 : 出雲市塩冶町●●番地

医 療 機 関 名 : ▲▲整形外科医院

担 当 医 師 名 : ◆◆ ◆◆

( \* 署名または押印願います。 )