診　断　書

住　所	伊予郡松前町大字
氏　名	
診断名及び 診断内容	
今までの状態	□　自宅療養　：　　年　　月　　日から □　入院　　：　　年　　月　　日から（　　年　　月　　日まで）
現在の状態	□　自宅療養中 □　入院中
今後の状態	□　自宅療養　見込期間　：　　年　　月　　日　頃まで □　入院　　見込期間　：　　年　　月　　日　頃まで
保育の可否	□　保育に支障なし　※保護者の疾病・障害事由の場合、保育の利用不可 □　やや保育困難 □　保育不能　見込期間　：　　年　　月　　日　頃まで
家族の介護・ 看護の必要 の可否	□　必要としない　※親族の介護・看護事由の場合、保育の利用不可 □　必要とする　見込期間　：　　年　　月　　日　頃まで

＊該当する項目の□にチェック ☑ をしてください。
＊保育所等は、家庭において十分な保育ができない状態のとき、保護者に代わって保育を行う施設です。
＊本様式は、家庭での子どもの保育が困難であること、保護者の心身に障がいがあること、入院に関する期間、などを証明していただくためのものです。

上記のとおり証明します。

松前町長　様

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

保護者記入欄

子どもの氏名（フリガナ）		子どもの氏名（フリガナ）	
子どもとの 続柄	□父　□母　□祖父　□祖母　□その他（　　）		