

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・障がい事由の場合、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	子どもの氏名
子どもとの続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他（ ）