

診 療 証 明 書 (願)

(世帯員中の患者) 氏 名 _____

(申請人との続柄) _____

(申 請 人) 住 所 _____

氏 名 _____

(児 童 名) 氏 名 _____

このたび上記の申請人が、保育所入所の申込みをしました。
つきましては、入所の可否について上記患者の診療証明が必要ですので、下記事項の証明をお願い致します。

記

1 傷 病 名 _____

2 初 診 年 月 日 平成・令和 年 月 日

3 治療見込期間 自 平成・令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

4 今後の稼働能力の有無 有 無

5 介添人（又は看護人）の要否 要 否

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

病院名

医師氏名

Ⓔ

記入例

診療証明書(願)

(世帯員中の患者) 氏名 下諏訪 赤彦

(申請人との続柄) 義父

(申請人) 住所 下諏訪町〇〇〇〇番地

氏名 下諏訪 花子

(児童名) 氏名 下諏訪 二郎

このたび上記の申請人が、保育所入所の申請につきましては、入所の可否について上記患者の
ので、下記事項の証明をお願い致します。

申請人は介護・看護に従事している方の氏名を記入してください。

記

1 傷病名 (例) 〇〇による〇〇

2 初診年月日 平成・**令和** **5**年 **9**月 **1**日

3 治療見込期間 自 平成・**令和** **5**年 **9**月 **1**日

至 **令和** **6**年 **8**月 **31**日

4 今後の稼働能力の有無

有

5 介添人(又は看護人)の要否

要

認定期間(通園できる期間)は、治療見込期間です。引き続き治療が必要な場合、改めて診療証明書を提出してください。

上記のとおり相違ありません。

令和 **5**年 **10**月 **12**日

病院名 下諏訪病院

医師氏名 〇 〇 〇

「同居者の介護・看護」を事由とする場合、5. 介添人(又は看護人)の要否は『要』である必要が