

診 断 書

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____

病状

患者の現在の状況について、次のいずれかに○をつけてください。

- 1 上記の内容から、入院している。
《入院期間 (予定) _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで》
- 2 上記の内容から、通院加療を行い、保育に支障がある。
もしくは 親族による介護もしくは、看護の必要がある。

上記のとおり、診断する。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

所在地・電話番号

医師氏名 (自署)

(自署でない場合は氏名の右に押印してください)

この診断書は、尼崎市の児童ホームの入所選考に添付書類として使用します。

医療機関のみなさまへ

診断書の発行について

平素は尼崎市政にご協力を賜り、誠にありがとうございます。尼崎市では、児童ホームの利用にあたり、保護者の方はどのような事由で、保育が必要なのか確認しております。以下の点にご留意の上、診断書の作成をお願い申し上げます。

- ・保護者の保育が必要な事由が、「疾病」等の場合、その保育の必要性を認定するため、裏面の様式にて診断書を作成いただきますようお願いいたします。
- ・証明事項の修正は、訂正印を押印してください。
- ・本診断書の作成にあたって、ご不明な点は、以下の問い合わせ先までお尋ねください。

【お問い合わせ先】

尼崎市こども青少年局 保育児童部 児童課

電話番号 06-6489-6937

ファクス 06-6489-6938