

令和 8 年度用 診断書（看護用）

ふじみ野市長あて

作成者の方へ

この診断書は、保育所への入所・継続手続きに使用します。証明日から 3 か月以上経過しているもの、又は担当医師の印がないものは無効です。

【担当医師記入欄】 ※見込みで構いませんので全てご記入ください。

患者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名	（ ☐ 精神的疾患 ・ ☐ 身体的疾患 ）		
初診日	年 月 日		
治療期間(見込) ※該当するものに☑し記入	☐ 入院： 年 月 日 ～ 年 月 日		
	☐ 通院： 年 月 日 ～ 年 月 日 (通院頻度：週・月 回程度 / 不定期)		
	☐ 療養： 年 月 日 ～ 年 月 日・未定		
症状(状態)	所見		
	該当する番号に○を付けてください。 1 常時臥床・常時看護 2 集団保育不可 3 通所・通院の付添または看護月 16 日以上		
上記のとおり診断します。			
証明日 年 月 日			
所在地			
医療機関 名 称			
連絡先			
医師名			
⑩			

【保護者記入欄】

児童氏名	生年月日	預かり施設または第一希望施設
	年 月 日	園（在園・希望）
	年 月 日	園（在園・希望）
	年 月 日	園（在園・希望）

問い合わせ先：ふじみ野市 保育課 保育係 （電話：049-262-9035）

【2025.9】