

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	(<input type="checkbox"/> 精神的疾患 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院：	年 月 日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 通院：	年 月 日	～ 年 月 日 (通院頻度：週・月 回程度 / 不定期)
	<input type="checkbox"/> 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	Ⓜ

【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】