**診　断　書**

住所

名前

生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

**傷　病　名**

**加療期間**　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

※入院・自宅療養を含む

**病気の程度（状況・通院頻度等）**

上記疾病により（　自宅で保育できない　・　介護を必要とする　）状態であると診断します。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　㊞

山陽小野田市福祉部子育て支援課

保育係　TEL：0836-82-1207