※この欄は、保護者が記入してください。		
施　設　名		生年月日
児　童　名		.　.

診　　断　　書

① 氏　　名		児童との続柄	父　・　母 祖 父 ・ 祖 母 その他（　　）
② 診断名および 診 断 内 容			
③ 児童保育の可否	1．保育に支障なし 2．保育困難　その期間（見込み）：　　年　　月　　日頃まで		
④ 今後の治療期間 （見込み）	□　入院　　年　　月　～　　年　　月　まで □　通院　　年　　月　～　　年　　月　まで		
⑤ 家族の看護・介護 の必要の可否 （①を看護する者）	1．必要としない 2．必要とする　その期間（見込み）：　　年　　月頃まで		
⑥ 看護・介護者氏名		児童との続柄	父　・　母 祖 父 ・ 祖 母 その他（　　）

上記のとおり証明します。

八幡浜市長　様

年　　月　　日

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※ 保育所等（2 号・3 号認定）は、保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。本様式は入所に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。