

学年・児童名	年
--------	---

診 断 書

令和 年 月 日

株式会社ピース 様

住 所			
氏 名	年 月 日生 (男・女)	児童との 続柄	父・母
傷 病 名			
病 状			
治療期間	通院	月・週	回
	入院		
総合所見・ 家庭保育に 対する影響			
保育の可否	可 ・ 否 (いずれかに○印をお願いします。)		
上記のとおり診断する。			
医療機関名			
所在地			
担当医師			
④			