

<放課後児童クラブ用>

# 診 断 書

(患者氏名)

(生年月日)

年 月 日

(病 名)

<病 状>

※ 以下のうち該当する番号を○印で囲んで下さい。

- 1 今後、概ね か月以上の期間、入院加療が必要である。
- 2 今後、概ね か月以上の期間、在宅で安静が必要である。
- 3 今後、概ね か月以上の期間、入院加療と在宅で安静が必要である。
- 4 上記1～3には該当しないが、上記の症状により家庭での保育が困難である。

上記のとおり診断する。

年 月 日

(医療機関名)

(所在地・電話番号)

(医師名等)

⑩

※米沢市内の「放課後児童クラブ」入所選考に添付書類として使用するものです。

《保護者記載欄》

児 童 氏 名				
生 年 月 日				