

診 断 書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所 貝塚市 _____

病 名 _____

診断内容 _____

家庭での保育 _____ 可能 _____ ・ _____ 不可能 _____

上記のとおり診断いたします。

年 _____ 月 _____ 日 _____

病 院 名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

担 当 医 師 _____

(※) 担当医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。