医療機関診断書（保育認定用）

患者氏名		生年月日	年　月　日
病名			
症状			
療養見込み期間	年　月　日 から　年　月　日まで ※期間の判断が困難な場合は、1年を限度に日付を記載いただきますようお願いします。		
受診状況	□　通院（月・週　日程度）　□その他（　） □　入院（期間など：　）		
保育への影響	上記疾病等により、自宅での保育は（　支障あり　・　支障なし　）と認めます。		

（宛先）新潟市長

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関名

所在地

医師名

※主治医様
　本診断書は、患者様が疾病を理由にご自身のお子様の保育所等利用を希望しており、保育の必要性を確認するうえで、提出を依頼しております。児童が保育所等に入所している期間、現況の確認が必要なため最低でも１年に１回は診断書の提出が必要となりますので、ご理解ご協力くださるようお願いします。
　なお、医療機関指定の診断書となる場合は、上記項目を全て記載いただくようお願いいたします。

診断書の内容について、病院等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

	在園（または第一希望）施設名	児童氏名
保護者記入欄		

（R5.5.25）