児童名	生年月日	保育園（所）・こども園名
	R　年　月　日 R　年　月　日 R　年　月　日	

疾病等証明書（診断書）

疾病者氏名	
病　　名	
受診状況	・通院　（　□月　・　□週　____日程度　） ・入院（予定）期間 年　月　日～　年　月　日
児童の保育が困難である状況等	□寝たきり等、全面的に介助が必要 □常時安静、介助必要 □自宅療養 □その他（　　）
児童の保育・送迎について	□保育も送迎も可能 □保育は可能だが送迎は不可 □保育は不可だが送迎は可能 □保育も送迎も不可

（医師の証明）

上記診断のとおり証明する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　㊞

鯖江市長　殿