

園児氏名	園名
------	----

## 診 断 書 ( 証 明 書 )

患者 住所 長崎市  
氏名 年 月 日 生まれ

1. 傷病名

---



---

2. 初診年月日 年 月 日 入院 年 月 日

上記の者は頭書の疾患に罹り 日間の 入院 ・ 通院 ・ 治療を要する(した)。

なお、子どもの保育は 受診しながらできる ものと認める(認めた)。  
できない

年 月 日

医療機関名

住所

医師名