

①保護者記入欄（二重枠内）

保育所（園）名	児童氏名
この証明書に記載されていることは、入所要件の確認として医療機関に調査されても差し支えありません。	
保護者氏名 ㊟	

②医療機関記入欄（太枠内）

〈医療機関の方へ〉

- この診断書は、保育所入所申込時に保護者が筑前町役場に提出する書類です。
- 訂正のある個所には、記入者の訂正印をお願いいたします。
- 記入漏れや医療機関（担当医師）の証明印がない場合は受付できない場合があります。
- 必要に応じて電話や訪問により内容を確認させていただく場合がありますのでご了承ください。

診断書及び意見書（世帯員用）

筑前町長 様

平成 年 月 日

下記のとおり診断します。

医療機関名

所在地

電話

担当医師氏名 ㊟

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	福岡県朝倉郡筑前町		
病名または治療内容		初受診年月日	平成 年 月 日
加療の状況	投薬のみ ・ 通院 ・ 往診 ・ 入院 ・ その他（ ）		
今後の通院等	週 回、または月 回 ・ 不定期 ・ 必要なし		
期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日頃（予定）		
医師所見			
世帯員の現状から家庭での保育はできますか？			
<input type="checkbox"/> 全くできない <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できる			