

診 断 書

〈 保 護 者 用 〉

診 断 を 受 け る 方	住 所	生年月日	年	月	日
	氏 名	児 童 と の 続 柄	父 ・ 母 ・ 祖 父 ・ 祖 母 そ の 他 ()		
主 たる 病 名 (初 診 日)	① 傷病名	初診日(	昭 和 平 成	年	月 日)
	② 傷病名	初診日(	昭 和 平 成	年	月 日)
	③ 傷病名	初診日(	昭 和 平 成	年	月 日)
	④ 傷病名	初診日(	昭 和 平 成	年	月 日)
	⑤ 傷病名	初診日(	昭 和 平 成	年	月 日)
今 後 の 療 養 計 画	1 入院加療を要する(年 月 日 ~ 年 月 日)				
	2 通院加療を要する(通院:月あたり()回・(年 月 日 ~ 年 月 日)				
	3 医 療 不 要				
病 状 ・ 所 見	① 各項目の該当する項目をチェックしてください。				
	日常生活	社会生活	日常保育		
<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし		<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし		<input type="checkbox"/> 不可能な状況(②を記入してください) <input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要(週あたり()日程度) <input type="checkbox"/> 特に影響なし	
② ①の「日常保育」について、「不可能な状況」を選択した場合に、その状況を具体的に記入してください。					
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
上記のとおり診断する。		診断書作成年月日		平成	年 月 日
		医療機関名			
		住 所			
		電 話 番 号			
		医 師 名		印	

※ この証明書は、保育所入所申込みのために必要な添付書類として使用します。

※ 修正等がある場合は、訂正箇所にて二重線を引き、訂正印を押印してください。