

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 令和	年	月	日)
	② 傷病名	初診日(昭和 平成 令和	年	月	日)
	③ 傷病名	初診日(昭和 平成 令和	年	月	日)
	④ 傷病名	初診日(昭和 平成 令和	年	月	日)
	⑤ 傷病名	初診日(昭和 平成 令和	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 令和 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、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印を押印してください。