

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(年 月 日)
	② 傷病名		初診日(年 月 日)
	③ 傷病名		初診日(年 月 日)
	④ 傷病名		初診日(年 月 日)
	⑤ 傷病名		初診日(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。			
	_____ _____			
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。