

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。				
連絡先: 恩納村教育委員会 学校教育課 幼稚園担当 TEL: 098-966-1209				