

診 断 書

カ. 医師の診断書

医師記入欄

患者	住 所						
	氏 名	(男 ・ 女)					
	生年月日	年	月	日 (歳)			
	病 名						
入院期間		通院及び今後の療養期間					
平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで
平成・令和	年	月	日まで	(通院 週 回 または、月 回)			
※見込みで構いませんので必ず、ご記入をお願いします。							
症状 及び 所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)							
各項目の該当するものを選択ください。							
○日常生活							
・ 著しい制限あり ・ 一部制限あり ・ 特に制限なし							
○日常における家庭保育							
・ できない状態である							
・ 育児の軽減 (週4～5日程度) が必要							
・ 育児の軽減 (週2～3日程度) が必要							
・ 特に影響なし							
診断書作成年月日 令和 年 月 日							
医療機関名							
住所							
医師名 ㊟							

※診断書料における、本人の負担軽減のために既存の様式が使われる場合、同内容を具備する診断書でお願いいたします。

※訂正の際は訂正印によりお願いします。

保護者記入欄

児童名 :	保護者名 :
保育施設 (又は第一希望園) ・ 学童保育所 :	

※この診断書は保育施設・学童保育所の利用・入所決定の際の添付書類として使用いたします。

※また、虚偽の記入が発覚した際は利用・入所決定を取り消すことがあります。