

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		
年 月 日から		年 月 日から		
年 月 日まで		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 年 月 日				
医療機関名				
住 所				
医師名 印				

※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 :
幼稚園 (保育園) 名 :	

※この診断書は幼稚園・保育施設・学童保育所の認定・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決定を取り消すことがあります。