**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  　　年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | 通院及び今後の療養期間  　　　　年　　　月　　　日から  　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※診断書料における、本人の負担軽減のために既存の様式を使われる場合、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。