カ. 医師の診断書

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。