

# 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	
初診日	年 月 日	通院及び今後の療養期間
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	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、ご記入をお願いします。		
症状・治療内容 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 (日に11時間程度) が必要 ・育児の軽減 (日に8時間程度) 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) :	

※この診断書は保育施設の利用・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。