

診 断 書

(保育施設用)

※保護者の疾病理由用

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
(病名)	初診日(発病年月日) 年 月 日		
入院歴 無・有 ⇒	(年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)		
手術歴 無・有 ⇒	(年 月 日 予定・確定 から 年 月 日 予定・確定)		
病状及び所見 (生活や運動の制限、児童を保育できない状況について具体的にご記入ください。)			
病状等から該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 常時、安静が必要または臥床状態である <input type="checkbox"/> 概ね6ヶ月以上の長期的治療、通院を要する <input type="checkbox"/> 概ね1～6ヶ月の治療、通院を要する <input type="checkbox"/> 定期的通院を要しない		日常保育について該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 日常保育は不可能である <input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要 (週4～5日程度) <input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要 (週1～3日程度) <input type="checkbox"/> 日常保育への支障は少ない	
※通院を要する ⇒ 年 月 日から 年 月 日まで (ヶ月 ・ 月 ・ 週) に (日) の通院を要する。			
※生活(仕事・家事・育児等)に制限がある、または介助を要する ※複数チェック可 [歩行 ・ 入浴 ・ 排泄 ・ 食事 ・ 衣服の着脱 ・ 起き上がり ・ その他 ()]			
上記のとおり診断いたします。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">平成 年 月 日</div> 所在地 医療機関名 医師名 印 電話番号			

保護者記入欄	保育関係施設名	児童氏名	生年月日	診断を受けた方と児童の続柄
				※いずれかに○
				父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母
				その他 ()

※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書は保護者1人につき1部の提出で結構です。
 ※ 現在の施設を継続する場合の保育関係施設名は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。

【 提 出 先 】 糸満市役所 児童家庭課 保育係 Tel : 098-840-8131