

# 診断書

※保護者の疾患理由用

氏名		生年月日	(平成・昭和)	年	月	日	
住所							
病名				初診日(発病年月日)	年	月	日
通院及び療養期間 ※見込みで構いません。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで・未定			入院期間 ※入院中又は予定の場合のみ	年	月	日から
通院の頻度 ( 月・ 週) に ( 回) 要する。					年	月	日まで
各項目の該当する箇所にチェックしてください。							
● 日常保育について				● 制限または介助を要するもの ※複数チェック可			
<input type="checkbox"/> 日常保育は不可能				<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児			
<input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要(週4～5日程度)				<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事			
<input type="checkbox"/> 日常保育の軽減が必要(週1～3日程度)				<input type="checkbox"/> 育児の着脱 <input type="checkbox"/> 起き上がり			
<input type="checkbox"/> 日常保育への支障は少ない				<input type="checkbox"/> その他( )			
病状及び所見(生活や就労の制限、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。)							
上記のとおり診断いたします。							
				診断書作成年月日 令和 年 月 日			
所在地							
医療機関名							
医師名				印			
電話番号							

保護者記入	児童名	生年月日	入所又は第1希望保育施設名	在園状況	診断を受けた方と児童との続柄
		年 月 日		在園・新規	
		年 月 日		在園・新規	父・母 祖父・祖母
		年 月 日		在園・新規	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部の提出となります。

※保育施設・状況の欄には在園施設名または待機のいずれかを記入してください。

【提出先】糸満市役所 保育こども園課 保育・こども園係 TEL：098-840-8131