

診 断 書 （児童クラブ用）

※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。 ☐ 常時、安静が必要または臥床状態である ☐ 概ね6ヶ月以上の長期的治療、通院を要する ☐ 概ね1～6ヶ月の治療、通院を要する ☐ 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。 ☐ 日常保育は不可能である ☐ 日常保育の軽減が必要（週4～5日程度） ☐ 日常保育の軽減が必要（週1～3日程度） ☐ 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 (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。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 名 電 話 番 号 印			

保護者 記入欄	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 ()