診断書

※保護者の疾患理由用

氏名		生年月日	（昭和・平成）　　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 令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで・未定 通院の頻度 （　　ヶ月・　　週）　に　（　　回）要する。			入院期間　※入院中又は予定の場合のみ 年　　月　　日から 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

□日常保育は不可能

□日常保育の軽減が必要（週４日～週５日程度）

□日常保育の軽減が必要（上記以外で通院等を要す）

□日常保育への支障はない

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　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　師　名　　印

電話番号

保育こども園課記入欄

児童名	年齢	生年月日
		．　．

児童名	年齢	生年月日
		．　．

児童名	年齢	生年月日
		．　．

【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