

# 診 断 書

医 療 機 関 名  
所 在 地  
電 話 番 号  
医 師 名

印

下記のとおり診断する。

フリガナ氏名	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )
診断日	年 月 日	
傷病名		
上記傷病の該当事項	①常時病臥 感染症 難病      ②安静を要する疾病 または精神性疾病      ③通院加療	
上記傷病による 児童保育の可否	①保育に支障なし      ②保育困難      ③保育不可	
症状等	※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。	
今後の治癒 見込期間	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日	
上記傷病による 家族の看護・介 護の必要性	①必要としない      ②必要とする	

## 保護者記入欄

令和 年 月 日

1か月以上の入院の場合	<input type="checkbox"/> 入院期間のみの保育を希望 <input type="checkbox"/> 入院期間と通院期間の保育を希望		
入所要件	<input type="checkbox"/> 本人の疾病要件 <input type="checkbox"/> 上記受診者の介護要件(要介護者との続柄: )		
住所			
申請児童からみた続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他( )		
フリガナ 申請児童名①	申請・在籍 状況	保育所(園)	申請中 在籍中
フリガナ 申請児童名②	申請・在籍 状況	保育所(園)	申請中 在籍中
フリガナ 申請児童名③	申請・在籍 状況	保育所(園)	申請中 在籍中