

診断書

《保護者・祖父母用》

診 断 を 受 け る 方	住 所	生 年 月 日	年 月 日															
	氏 名	児 童 と の 柄 続	父 ・ 母 ・ 祖 父 ・ 祖 母 その他 ()															
主 た る 病 名 (初 診 日)	① 傷病名	初診日 (R ・ H ・ S 年 月 日)																
	② 傷病名	初診日 (R ・ H ・ S 年 月 日)																
	③ 傷病名	初診日 (R ・ H ・ S 年 月 日)																
今 後 の 療 養 計 画	1. 入院加療を要する (令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日) ・ 終了期間未定 2. 通院加療を要する (通院：月あたり()回 ・ (令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日)) ・ 終了期間未定 3. 医 療 不 要 ※ 入院・通院加療を要する場合、下記の項目にチェックしてください ☐ 軽症であるが、定期的通院を要する ☐ おおむね3～6ヶ月間の治療を要する ☐ おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する ☐ 常時安静が必要、または臥床状態である																	
	① 各項目の該当する項目をチェックしてください。 (㊤～㊥は必ず記入してください。) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">㊤ 日 常 生 活</td> <td>☐ 著しい制限あり</td> <td rowspan="5">㊥ 日 常 保 育</td> <td>☐ 不可能な状況 (㊦を記入してください)</td> </tr> <tr> <td>☐ 一部制限あり</td> <td>☐ 育児の軽減が週あたり6～7日程度必要 (1日あたり()時間程度)</td> </tr> <tr> <td>☐ 特に制限なし</td> <td>☐ 育児の軽減が週あたり4～5日程度必要 (1日あたり()時間程度)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">㊦ 社 会 生 活</td> <td>☐ 著しい制限あり</td> <td>☐ 育児の軽減が週あたり2～3日程度必要 (1日あたり()時間程度)</td> </tr> <tr> <td>☐ 一部制限あり</td> <td>☐ 特に影響なし</td> </tr> <tr> <td>☐ 特に制限なし</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ㊦ ㊤の「日常保育」について、「不可能な状況」「育児の軽減が必要」を選択した場合その状況を具体的に記入してください。 _____ _____ _____ _____			㊤ 日 常 生 活	☐ 著しい制限あり	㊥ 日 常 保 育	☐ 不可能な状況 (㊦を記入してください)	☐ 一部制限あり	☐ 育児の軽減が週あたり6～7日程度必要 (1日あたり()時間程度)	☐ 特に制限なし	☐ 育児の軽減が週あたり4～5日程度必要 (1日あたり()時間程度)	㊦ 社 会 生 活	☐ 著しい制限あり	☐ 育児の軽減が週あたり2～3日程度必要 (1日あたり()時間程度)	☐ 一部制限あり	☐ 特に影響なし	☐ 特に制限なし	
㊤ 日 常 生 活	☐ 著しい制限あり	㊥ 日 常 保 育	☐ 不可能な状況 (㊦を記入してください)															
	☐ 一部制限あり		☐ 育児の軽減が週あたり6～7日程度必要 (1日あたり()時間程度)															
	☐ 特に制限なし		☐ 育児の軽減が週あたり4～5日程度必要 (1日あたり()時間程度)															
㊦ 社 会 生 活	☐ 著しい制限あり		☐ 育児の軽減が週あたり2～3日程度必要 (1日あたり()時間程度)															
	☐ 一部制限あり		☐ 特に影響なし															
☐ 特に制限なし																		
上 記 の と お り 診 断 す る 。 診 断 書 作 成 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 電 話 番 号 医 師 名 令 和 年 月 日 ㊧																		

※この証明書は、こども園の利用申し込み及び保育認定または継続のために必要な添付書類として使用します。

保 護 者 記 入 欄	児 童 氏 名	児 童 生 年 月 日	施 設 名
		R・H ・ ・	(入 所 中 ・ 申 込 中)
		R・H ・ ・	(入 所 中 ・ 申 込 中)
		R・H ・ ・	(入 所 中 ・ 申 込 中)