

診 断 書

患 者	住 所	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (歳)
	病 名	

現 在 の 状 況	※該当する項目番号に○印、及び□にチェックをお願いいたします。	
	1. 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	2.	年 月 日 より 入院中・入院予定 である。
	3.	月に 日程度の通院、加療が必要である。
	4. 下記の状況により自宅療養を要する。	
	<input type="checkbox"/> 入院に相当する治療や安静が必要であり、常時寝たきりである。	
	<input type="checkbox"/> 自宅療養で安静を要する。	
	<input type="checkbox"/> その他	
	()	
	5. 上記の病状・治療上からみて、患者は日中、児童の保育ができますか。	
	<input type="checkbox"/> 保育できる	<input type="checkbox"/> 保育できない

上記のとおり診断します。	
年 月 日	
医療機関住所	
医療機関名	
担当医師名	印

〈保護者記入欄〉	
上記診断の状況であり、また、下記事由により、児童の保育ができないことを申し立てます。	
(理 由) ※通院に要する時間等の状況を記入してください。	
年 月 日	保護者氏名 印

入所 希望 児童	児 童 名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

(注) 1. この診断書は申込日より3か月以内に発行されたものに限ります。
 2. 保護者の申立ての内容が事実と異なる場合は、保育の必要性が認められない場合があります。