

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. 下記の状況により常時介護・看護・付添が必要と認められる。			
	<input type="checkbox"/>	心身の疾病もしくは障がいにより常時介護・看護・付添必要と認められる。		
	<input type="checkbox"/>	常時安静を要し、介護・看護・付添が必要と認められる。		
	<input type="checkbox"/>	次の理由で、常時介護・看護・付添が必要と認められる。		
	()			
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> 児童の(続柄)については上記診断の状況であり、下記の介護・看護等の事由により、児童の保育ができないことを申し立てます。 (事 由) ※通院に要する時間等、介護・看護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。