

診 断 書

【保護者記入欄】

施設名 利用中・申込中

児童名

生年月日

【医療機関記入欄】

(診断を受ける方)		
住所		児童との続柄 ()
氏名		生年月日： 年 月 日
初診年月日： 年 月 日		
病名		症状及び所見
通院及び 自宅療養	治療期間(見込み)	年 月 日 ～ 年 月 日
	回数	月・週 () 回程度の通院・往診を要する
入院	期間	年 月 日 ～ 年 月 日
診断を受ける方の状況にチェックしてください。 ☐ 常時安静が必要であるか、臥床状態にあり、保育は不可能である。 ☐ 週 () 日程度、保育の軽減が必要である。(1日当たり () 時間程度) ☐ 比較的軽度であり、保育に支障はない。 上記のとおり診断します。 診断書作成年月日 令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 担当医師 印		

※医療機関の方へ

- ・この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。
- ・説明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。
- ・本診断書は無料ではありません。各医療機関が定める作成料を保護者から徴収してください。

※保護者の方へ

- ・保育の必要性の認定に際して提出いただく診断書は、原則として申請時より3か月以内に発行したものに限りします。