

診 断 書

医 療 機 関 名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 名

⑩

下記のとおり診断する。

フリガナ 氏 名	生年月日	1明治 3昭和	2大正 4平成	年 月 日	歳
診断日	平成 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

平成 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	