

# 診 断 書 《保護者・同居者用》

## 【診断を受ける方】

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

## 【診断内容】

病 名

初 診 年 月 日

年

月

日

入 院 期 間

年

月

日

～

年

月

日

まで

※見込みで構いませんので、必ずご記入ください。

通院期間及び  
療 養 期 間

年

月

日

～

年

月

日

まで

(通院:月 回 又は 週 回)

症状等から該当するものにチェックをしてください。

- ☐ 軽症であるが、定期的通院を要する（※日常生活に制限がない場合は保育を必要とする事由に該当しません）
- ☐ おおむね3～6か月間の治療を要する
- ☐ おおむね6か月以上の長期的治療を要する
- ☐ 常時安静が必要、又は臥床状態である

症状及び所見 ※児童の保育ができない状況についてご記入ください。

日常生活に( ☐ 制限あり ・ ☐ 制限なし )

診断書作成日

年

月

日

上記のとおり診断します。

医 療 機 関 名

住 所

医 師 名

印

※この診断書は、教育・保育給付認定または施設等利用給付認定の申請書類として使用します。

保 護 者 記 入 欄	【児童との続柄】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )		
	児童氏名	生年月日	保育所(園)名
		年 月 日	(在園・申込中)
		年 月 日	(在園・申込中)
		年 月 日	(在園・申込中)

お問い合わせ先 豊見城市保育こども園課 TEL:098-850-5088