

保護者 記入欄	父・母・祖父母・その他の同居者( ) ←いずれかを○で囲んで下さい
	児童名: _____ 保育所・園名: _____

## 診 断 書

≪保護者・同居者用≫

≪診断を受ける方≫	
住所 _____	
氏名 _____	
初診年月日	年 月 日
病名	
症状	
現在の状態	入院 年 月 日から 年 月 日まで
	通院 年 月 日から 年 月 日まで (週 回または月 回)
症状等から該当するものにチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 軽傷ではあるが、定期的通院を要する。 <input type="checkbox"/> おおむね3～6ヶ月間の治療を要する。(日常生活・子どもの世話に一部支障がある。) <input type="checkbox"/> おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する。(日常生活・子どもの世話に支障がある。) <input type="checkbox"/> 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。	
<特記事項>	
診断書作成日 令和 年 月 日	
医療機関名	
住 所	
医 師 名	印

※この診断書は、保育所入所申込の添付資料として使用します。

お問い合わせ  
 豊見城市 福祉健康部 保育こども園課 098-850-5088