

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 昭和・平成 年 月 日	
児童との続柄 父・母・祖父・祖母・その他 ()	
初診年月日 年 月 日	
病名	
症状及び所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)	
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 又は 月 回) ※見込みで構いませんので、必ず記入して下さい。	
症状等から該当する箇所 (左右欄) にチェックをして下さい。	
<input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。	<input type="checkbox"/> 保育への支障はない。
<input type="checkbox"/> おおむね3～6ヵ月間の治療を要する。	<input type="checkbox"/> 保育に一部支障がある。
<input type="checkbox"/> おおむね6ヵ月以上の長期的治療を要する。	<input type="checkbox"/> 保育は困難である。
<input type="checkbox"/> 常時、安静が必要、または臥人状態である。	<input type="checkbox"/> 保育は不可能である。
診断書作成年月日 令和 年 月 日	
医療機関名	
住 所	
医 師 名 印	

※この診断書は、保育所入所申込みの添付資料として使用します。

保護者記入欄	児童名	男女	生年月日	H・R 年 月 日	保育所名	児童の状況	在園児・申込中
		男女	H・R 年 月 日	在園児・申込中			
		男女	H・R 年 月 日	在園児・申込中			

問い合わせ先：中城村役場福祉課 福祉係 TEL 098-895-2134