

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・令和 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。	
☐ 軽症であるが、定期的通院を要する。 ☐ おおむね3～6ヵ月間の治療を要する。 ☐ おおむね6ヵ月以上の長期的治療を要する。 ☐ 常時、安静が必要、または臥人状態である。	☐ 保育への支障はない。 ☐ 保育に一部支障がある。 ☐ 保育は困難である。 ☐ 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、施設等利用給付認定の添付資料として使用します。

保護者記入欄	児童名	男	生年 月日	平成 令和	年	月	日生	園名		児童 の 状 況	在園児・申込中
		女		平成 令和	年	月	日生				在園児・申込中
		男		平成 令和	年	月	日生				在園児・申込中

問い合わせ先：中城村村役場福祉課 福祉係 TEL098-895-2131（264）
中城村教育委員会教育総務課 学校教育係 TEL098-895-3276