

診 断 書

<保護者用>

保護者記入欄

(申込児童保護者)	(申込児童)
住所 _____	氏名 _____ (歳児)
氏名 _____	氏名 _____ (歳児)

<診断を受ける方>

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

児童との続柄 (_____)

初診年月日 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名

症 状

入 院

年 _____ 月 _____ 日 から

年 _____ 月 _____ 日 まで

通院および今後の療養期間

年 _____ 月 _____ 日 から

年 _____ 月 _____ 日 まで

(週 _____ 回 または 月 _____ 回)

※長期にわたり通院及び療養を要する場合は、令和5年度の期間を記入ください。

児童の保育にあたること (当てはまる項目に☑)

できる ある程度できる (週あたり _____ 日程度育児軽減が必要) できない

就労すること (当てはまる項目に☑)

できる ある程度できる (一部制限あり) できない

所見 (_____ どの程度 児童の保育が可能か、できるだけ詳しく記入して下さい。)

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申請の添付資料として使用します。