

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 年 _____ 月 _____ 日 から 年 _____ 月 _____ 日 まで (週 _____ 回 または 月 _____ 回)
児童の保育にあたることが (<input type="checkbox"/> で囲む) できる ・ ある程度できる【育児軽減が必要/週あたり (_____) 日程度】 ・ できない	
就労することが (<input type="checkbox"/> で囲む) できる ・ ある程度できる (一部制限あり) ・ できない	
所見 (_____ 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。