

診 断 書

<保護者用>

(申請児童保護者)

住所

氏名

<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 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(○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(○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 (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

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。