

診 断 書

<保護者用>

<診断を受ける方>

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 児童との続柄 父 ・ 母 ・ その他 (_____)

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(見込)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、1年を
限度にご記入ください。

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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名
所 在 地
連 絡 先
医 師 名

印

※この診断書は、保育所等入所申込の添付資料として使用します。

【お問い合わせ先】北谷町子ども家庭課こども園係 TEL : 098-982-7709

保護者記入欄

児童氏名	生年月日	施設名
		(入所中・申込中)
		(入所中・申込中)
		(入所中・申込中)