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	通院および今後の療養(見込)期間
年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで	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）