

診断書（疾病用）

ふじみ野市長あて

作成者の方へ

この診断書は、保育所への入所・継続手続きに使用します。証明日から3か月以上経過しているもの、又は担当医師の印がないものは無効です。

【担当医師記入欄】 ※見込みで構いませんので全てご記入ください。

患者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名	(☐ 精神的疾患 ・ ☐ 身体的疾患)		
初診日	年 月 日		
治療期間(見込) ※該当するものに☑し記入	☐ 入院： 年 月 日 ～ 年 月 日・未定		
	☐ 通院： 年 月 日 ～ 年 月 日・未定 (通院頻度：週・月 回程度 / 不定期)		
	☐ 療養： 年 月 日 ～ 年 月 日・未定		
症状(状態)	<u>所見</u>		
	該当する番号に○を付けてください。 1 1か月以上の入院治療が必要であり、保育が不可能な状況 2 日常生活に支障があり、保育は困難な状況 3 日常生活には支障はないが、保育施設の利用が望ましい状況 4 日常生活に支障はなく、保育施設の利用も必要ではない状況		
上記のとおり診断します。			
証明日 年 月 日			
所在地			
医療機関 名 称			
連絡先			
医師名			
⑩			

【保護者記入欄】

児童氏名	生年月日	預かり施設または第一希望施設
	年 月 日	園 (在園・希望)
	年 月 日	園 (在園・希望)
	年 月 日	園 (在園・希望)

問い合わせ先：ふじみ野市 保育課 保育係 (電話：049-262-9035)

【2026.9】