

# 診 断 書

ふじみ野市長あて

作成者の方へ

この診断書は、保育園への入所・継続手続きのため、作成の際は、保育の必要性（家庭で保育ができるか否か）の観点でご記入をお願いします。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】 ※見込みで良い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	（ <input type="checkbox"/> 精神的疾患 ・ <input type="checkbox"/> 身体的疾患 ）		
症状(状態) ※児童の保育ができない状況について具体的に	所見     初診日： 年 月 日		
	該当する番号に○を付けてください。 1 常時病臥が必要な疾病 2 精神性・感染性・長期療養を要する疾病 3 1か月以上安静を要する疾病 4 1か月以上の疾病で週3日以上通院を要する		
治療期間(見込) ※該当するものにチェックし記入	<input type="checkbox"/> 入院： 年 月 日 ～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 通院： 年 月 日 ～ 年 月 日 （通院頻度：週・月 回程度 / 不定期）		
	<input type="checkbox"/> 療養： 年 月 日 ～ 年 月 日		
介護・看護	<input type="checkbox"/> 要しない	<input type="checkbox"/> 要する	入院：週 日程度の付添
			在宅： <input type="checkbox"/> 常時付添 <input type="checkbox"/> 週3日以上通院付添 <input type="checkbox"/> 週1日程度の通院(自宅安静中の一部補助)
上記のとおり診断します。  証明日 年 月 日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>所在地</span> <span>医療機関 名称</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>連絡先</span> <span>医師名</span> </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div>			

**【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
	H・R 年 月 日	園（在園・希望）
	H・R 年 月 日	園（在園・希望）
	H・R 年 月 日	園（在園・希望）