

# 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 (日中家庭で児童の保育ができるか否かについて具体的に記載してください。)					
	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						
所在地						
医療機関 名称						
連絡先						
医師名						
(印)						

【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)