

診 断 書

ふじみ野市長あて

作成者の方へ

この診断書は、保育所への入所・継続手続きに使用します。作成の際は、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	(☐ 精神的疾患 ・ ☐ 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 中程度以上の精神性・6か月以上の長期療養を要する疾病 3 2以外で1か月以上安静を要する疾病				
治療期間(見込) ※該当するものに チェックし記入	☐ 入院： 年 月 日 ～ 年 月 日				
	☐ 通院： 年 月 日 ～ 年 月 日 (通院頻度：週・月 回程度 / 不定期)				
	☐ 療養： 年 月 日 ～ 年 月 日				
介護・看護	☐ 要しない	☐ 要する	入院：週 日程度の付添		
			在宅： ☐ 常時付添 ☐ 週 日程度の通院付添 ☐ 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)