

診 断 書

※保護者等の状況が疾病・けがの場合、こちらの様式をご使用ください。

【児童の提出は不要です】

提出日 年 月 日

氏 名		生年月日	年 月 日	年 月 日
住 所				
患者の 疾病等 の状況	初診日	年 月 日		
	病名及び 症状の経過			
今後の 療養状況	療養を必要とする期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	療養の方法	<input type="checkbox"/> 入院等 (入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 通院 (通院の回数 回/週) <input type="checkbox"/> 自宅療養		
	療養の内容			
児童の保育にあたることについて	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できる			
看護・介護の必要性 <small>(患者が被看護(介護)者の場合に記入)</small>	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> ある程度必要 <input type="checkbox"/> 必要なし			
上記のとおり、診断します 葦崎市長 あて				
記入日 年 月 日 住所 医療機関名 医師名 (印)				
保護者記入欄	保護者氏名	(印) 連絡先電話番号 (父・母)		
	児童氏名・クラス <small>(きょうだい入所は全員記入)</small>	() 組	() 組	() 組

※注意事項※

- ①内容確認のため、医療機関に連絡を取らせていただく場合があります。
- ②保護者記入欄以外の記入は、診断者(証明者)が行ってください。
- ③事実と相違する内容があった場合には、申請の無効・入所の取り消しを行う場合があります。