

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。

		提出日		年	月	日	
氏 名			生年月日	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	☐ 入院	入院期間 年 月 日～ 年 月 日				
		☐ 自宅療養	☐ 寝たきり (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)				
			☐ 感染症・精神疾患等 (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)				
			☐ 安静 (療養期間 年 月 日～ 年 月 日)				
			☐ 通院 (通院の回数 回／週)				
療養の内容							
児童の保育にあたることについて (患者が保育認定を受ける児童の保護者の場合に記入)		☐ できない ☐ ある程度できる ☐ できる ※「できない」の場合は標準時間認定が可能です。「ある程度できる」の場合は、短時間認定となります。					
看護・介護の必要性 (患者が被看護(介護)者の場合に記入)		☐ 必要 ☐ ある程度必要 ☐ 必要なし					
上記のとおり、診断します。 葦崎市長 宛 住所 医療機関名 医師名(※)署名または記名押印をしてください。 年 月 日							
保護者 記入欄	保護者氏名				連絡先電話番号(父 ・ 母)		
	児童氏名 (園名) ※きょうだい入所 は全員記入	()	()	()			

※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。