

保護者記入欄		※ 複数の児童を申し込まれている場合、全ての児童氏名を記入してください。診断書は保護者1人につき1部の提出で結構です。 ※ 保育関係施設名は、現在の施設を継続する場合は継続する施設を、新規で申し込まれる場合は第1希望の施設を記入してください。	
入所・入園(希望)施設名	児童氏名	診断を受けた方と児童との続柄 ※いずれかに○	整理番号
		父・母・祖父・祖母 その他()	
保護者(申込者)氏名			

診 断 書 (保育関係施設利用確認用)

氏 名 _____ 生年月日 _____

住 所 _____

病 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入 院 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手 術 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の病状についてお答えください。

問1) 生活(仕事・家事・育児等)に制限がありますか。(該当するものに○をお願いします。)

無

有 ⇒ 仕事・家事・育児・その他に制限が必要である。
(それぞれの制限について具体的にご記入ください。)

問2) 治療状況または方針をご記入ください。

現在 ……

今後 ……

問3) 今後、必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月・月・週) に (_____ 日)の通院が必要と考えます。

問4) 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をすることは可能ですか。

(○をし、不可能を選択した場合はご記入ください。)

可能と考える

不可能と考える ⇒ その状況はいつまで継続すると考えますか

	年	月	日	ごろ
	未	確	定	

上記のとおり診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師

電 話 番 号

