

診 断 書

(疾病要件用)

氏 名			
生 年 月 日	年	月	日 (歳)
病 名			
療養状況及び 児童を保育する上での 困難さについて (全てチェックしてください)	① 患者は <u>常時</u> 、病床に臥せておられますか ☐ はい ☐ いいえ		
	② 患者は日中、家族等の介護又は看護が必要ですか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、日中の介護又は看護の内容について、ご記入ください。		
	③ 患者は日中、児童の保育ができますか ☐ はい ☐ いいえ 「いいえ」の場合、児童を保育する上での困難さについて、ご記入ください。		
受 診 状 況	通院 (週: 日程度) ・ (月: 日程度)		
	入院 (期間など:)		
治療見込み期間 (終了(見込み)日も必須)	年	月	日から 年 月 日まで
上記のとおり診断します 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 担当医師名			

【保護者記入欄】

児童氏名	生年月日	利用施設(希望施設)

※ 証明されている治療期間を経過する場合は、再度新しい診断書を提出してください。

【診断書の②において、「はい」の場合は日中の介護又は看護者をご記入ください】

介護又は看護をしている方	氏名 () 続柄 ()
	氏名 () 続柄 ()