　疾病の方

⑤

診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 児童との続柄 |  |
| 保育を必要とする程度 | □（１）症状改善のため、週４日以上育児を休む必要がある□（２）育児ができない状態である |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．病名２．現在の症状３．今後必要な治療期間（見込）　　　　　　　か月 ・ 未定４．外来通院回数　　　□　月に　　　　日程度　　・　　□　自宅療養５．入院期間　　　□　入院予定入院予定日：令和　　年　　　 月　　　 日退院予定日：令和　　年　　　 月　　　 日 ・ 未定　　　　　　　　　　　　　□　入院中入院開始日：令和　　年　　　 月　　　 日退院予定日：令和　　年　　　 月　　　 日 ・ 未定６．日常生活能力の程度（必ずご記入ください。）□（１）日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。□（２）日常生活の一部に援助（介護）が必要である。□（３）日常生活の大半に援助（介護）が必要である。□（４）日常生活に常時援助（介護）を必要として、身の回りのことはほとんどできない。上記のとおり診断します。

|  |
| --- |
| 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　 |
| 病院(医院)所在地 |  |
| 病院(医院)名称 |  |
| 医師名 |  |

 |

ーーーーーーーーーーーーーーー以下は、医師が記入してください。ーーーーーーーーーーーーーーー

※接骨院、整体院等での診断は無効です。医療機関で医師の診断を受けてください。

※医師の押印は必ずしも必要ありませんが、保護者自身が医師記入欄を無断作成・改変した場合、申請内容に虚偽があるものとして、申請・入園決定が無効になる（在園児は退園となります）他、罪に問われることがあります。

※証明内容について不明な点がある場合、領収書等の提出を求める場合があります。