

5

疾病の方

診 断 書

フリガナ		生年月日	令和 平成	年 月 日	園名	保育園 こども園 幼稚園	申込 ・ 在園
児 童 氏 名			令和 平成	年 月 日		保育園 こども園 幼稚園	申込 ・ 在園
フリガナ			令和 平成	年 月 日		保育園 こども園 幼稚園	申込 ・ 在園
フリガナ			令和 平成	年 月 日		保育園 こども園 幼稚園	申込 ・ 在園
児 童 氏 名							

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

-----以下は、医師が記入してください。-----

1. 病 名	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div>			
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	<input type="checkbox"/> 月に	日程度	・	<input type="checkbox"/> 自宅療養
5. 入院期間	<input type="checkbox"/> 入院予定	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> 入院予定日：令和 年 月 日 退院予定日：令和 年 月 日・未定 </div>		
	<input type="checkbox"/> 入院中	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> 入院開始日：令和 年 月 日 退院予定日：令和 年 月 日・未定 </div>		
6. 日常生活能力の程度(必ずご記入ください。)				
<input type="checkbox"/> (1) 日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。				
<input type="checkbox"/> (2) 日常生活の一部に援助(介護)が必要である。				
<input type="checkbox"/> (3) 日常生活の大半に援助(介護)が必要である。				
<input type="checkbox"/> (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				

※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。