③ 疾病の方

診　断　書

フリガナ 児　童 氏　名		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
フリガナ 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 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

対象者氏名		児童との続柄	

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

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

※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。