

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

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。