

③

疾病の方

診 断 書

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

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。