

児童氏名（ ）（ 年）（ ） 児童クラブ）

診 断 書

対象者氏名		児童との続柄	
-------	--	--------	--

----- 以下は、医師が記入をしてください。 -----

- 病 名
- 現 在 の 症 状
- 必要な治療期間（見込み） か月 ・ 未 定
- 外来通院回数 ☐ 月に 日程度 ・ ☐ 自宅療養
- 入 院 期 間 ☐入院予定 入院予定日： 年 月 日
退院予定日： 年 月 日・未定
☐入院中 入院開始日： 年 月 日
退院予定日： 年 月 日・未定
- 日常生活能力の程度（必ずご記入ください）
☐ (1) 日常生活の大半に援助(介護)が必要である。
☐ (2) 日常生活常時援助(介護)が必要として、身の回りのことがほとんどできない。

上記の通り、自宅での児童の保育は不可能と認める。

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。

※身体障害者３級以上、療育手帳Ｃ以上、精神障害者保健福祉手帳３級以上、介護保険被保険者証（要介護の認定が分かるもの）のいずれかをお持ちの方は、手帳等の写しを提出していただければ、医師の証明は必要ありません。

※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・入会決定が無効になる（在籍児は退会となります）他、罪に問われることがあります。