疾病の方

安城市児童クラブ

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。

1．病　　名

2．現　在　の　症　状

3．必要な治療期間（見込み）　　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：　　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

6．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。