診 断 書

	氏 名						
患者	住 所						
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月		日	
疾	病名						
病状等							
受診等の状況		□ 入院している・入院予定	である				
		年 月		年	月	日	
		□ 1 か月に 日治療のため通院中である					
		□ 自宅療養					
		□常時寝たきりである					
		□常に安静を要する					
		□その他()	
治療見込期間		年 月	日 ~	年	月	日	
当該患者が同居児童を		□ 保育が不能 □ 保育が困難 □ 保育がやや困難					
保育することについて		□ 保育に支障なし					
備	考						
※□にチェック (☑) してください。							
上記のとおり診断する。							
令	和 年	月 日					
	所 在 地						
	[医療機関名					
	_	担当医師名				EI)	
	₫	—— — rr H					

放課後児童クラブ名	児童名	児童生年月日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

※医療機関の方へ

この証明書は放課後児童クラブの審査資料となるものです。漏れなくご記入いただきますようお願いします。 (診断書については、同内容を具備した診断書であれば、本様式に限りません。) (注意事項)

- ・この用紙は、疾病等のため保育が必要であることを理由に、放課後児童クラブの利用を申し込まれる際に、 その証明として添付していただくためのものです。
- ・医療機関の証明の内容によっては、放課後児童クラブの利用要件に該当しないことがあります。 (当該患者が同居児童を保育することについて:支障なしの場合は該当しません。)
- ・診断書を取得する際に医療機関で料金が必要な場合は、個人の負担となります。