

# 診 断 書

患 者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
疾 病 名		
病 状 等		
受診等の状況		<input type="checkbox"/> 入院している・入院予定である 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1か月に____日治療のため通院中である <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 常時寝たきりである <input type="checkbox"/> 常に安静を要する <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療見込期間		平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
当該患者が同居児童を 保育することについて		<input type="checkbox"/> 保育が不能 <input type="checkbox"/> 保育が困難 <input type="checkbox"/> 保育がやや困難 <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

Ⓔ

保育所名	児童名	児童生年月日
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日

※医療機関の方へ

この証明書は保育利用の認定・利用調整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いたします。(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、保育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、保育利用の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。