

診断書

※第一希望の施設名、児童名、生年月日を必ず記入してください。
※きょうだいで同時に申請をする場合は弟妹児への添付は不要です。
申し込みをされる上の子どものさんの児童名等を記入してください。

保 護 者 記 入 欄	施設名	
	(第一希望)	
	フリガナ	
	児童名	
	生年月日	年 月 日

以下は医療機関の担当医師が記入してください。

患者氏名		生年月日	年 月 日	
診 断 内 容	傷病名			
	初診日	年 月 日		
	医師所見 (現在の病状)			
	入院の場合	年 月 日 ~ 年 月 日 ※退院後も通院を要する場合は、下段の「通院の場合」にもご記入ください。		
	通院の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定	
		通院回数	月____回 または 週____回程度の通院を要す	
	日常生活の可否	<input type="checkbox"/> 常時援助（介護）を必要とし、身の回りのことができない		
		<input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助（介護）の必要がある		
		<input type="checkbox"/> 援助（介護）の必要はなく、日常生活は普通にできる		
	保護者の申し込み 児童の保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育は困難である		
<input type="checkbox"/> 保育は一部支障がある				
<input type="checkbox"/> 保育は十分可能である				
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
		医療機関所在地	:	_____
		医療機関名	:	_____
		医師名	:	_____
		電話番号	:	_____

〈記入にあたってのお願い〉

- ・患者が保護者の場合は、全ての項目を記入してください。
- ・保護者が介護や看護をする場合は、介護・看護される方について「就労の可否」を除く項目を記入してください。
- ・この診断書又は同内容を具備する診断書をご提出ください。