# 診　　断　　書

≪保護者・同居者用≫

≪診断を受ける方≫

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

児童との続柄　　（　　）

初診年月日　　年　　月　　日

| 病　　名 | 症　　状 |
|---|---|
| | |

| 入　　院 | 通　　院 |
|---|---|
| 年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで | 年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで<br>（週　　回　または　月　　回） |

症状等から該当するものにチェックをしてください。

□ 軽症であるが、定期的通院を要する。

□ おおむね３～６ヶ月間の治療を要する（日常生活・子どもの世話に一部支障がある）。

□ おおむね６ヶ月以上の長期的治療を要する（日常生活・子どもの世話に支障がある）。

□ 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。

その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。

診断書作成年月日

年　　月　　日

医療機関名

住　　所

医　師　名　　印

| 保護者記入欄 | 児童氏名 | 児童生年月日 | 年齢 | 保育所名（入所または第１希望保育所） |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　月　日 | 歳児 | （入所中　・　新規申込） |
| | | 年　月　日 | 歳児 | （入所中　・　新規申込） |
| | | 年　月　日 | 歳児 | （入所中　・　新規申込） |

この診断書は、保育所入所申込みの添付資料として使用します。

この診断書に関するお問い合わせ　北中城村福祉課　児童福祉係　098-935-2263（内線248）