

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 年 月 日から 年 月 日まで	通 院 年 月 日から 年 月 日まで (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	施設名（入所（園）または第1希望施設）
		年 月 日	歳児	(入所（園）中・新規申込)
		年 月 日	歳児	(入所（園）中・新規申込)
		年 月 日	歳児	(入所（園）中・新規申込)

この診断書は、保育所等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 北中城村役場 こども未来課 こども園係 098-935-2230（内線113）