

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 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで (週 回 または 月 回)
<p>症状等から該当するものにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。</p> <p><input type="checkbox"/> 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）。</p> <p><input type="checkbox"/> 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）。</p> <p><input type="checkbox"/> 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。</p>	
<p>その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。</p> 	
<p>診断書作成年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

	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）
保護者 記入欄		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 北中城村福祉課 こども園係 098-935-2263（内線248）