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）

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

	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　北中城村役場　こども未来課　こども園係　098-935-2230（内線113）