

診 断 書

※第1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2人以上申込みの場合は兄弟児への添付は不要です。

保護者記入欄

児童名	生年月日	年	月	日	
施設の利用状況等	<input type="checkbox"/> 利用中 ()	<input type="checkbox"/> 申込み中 ()			
児童名	生年月日	年	月	日	
施設の利用状況等	<input type="checkbox"/> 利用中 ()	<input type="checkbox"/> 申込み中 ()			
児童名	生年月日	年	月	日	
施設の利用状況等	<input type="checkbox"/> 利用中 ()	<input type="checkbox"/> 申込み中 ()			

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	昭和・平成・令和	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 / 未定	
	通院の場合	治療期間	年	月	日	～ 年 月 日 / 未定
		通院回数	月_____回 又は 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				
	患者が児童の保護者である場合は、以下の項目も記入してください。					
就労の可否	<input type="checkbox"/> 就労は困難である <input type="checkbox"/> 就労は一部支障はあるが、軽作業であれば可能である <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である					
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 > この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を記入してください。

記入についての問い合わせ先: 辰野町子育て応援課 とも保育係 電話: 0266-41-1111