

診 断 書

氏 名		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性 別	男・女
診断名						
病 状						
現在の 状 況	「入院及び退院後通院等が必要な場合は①・②」、「入院のみが必要な場合は①」、「通院等のみが必要な場合は②」に記載してください。					
	① 入院	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から入院中（入院予定）である。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 退院予定日は、 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 不明または未定 				
	② 通院等	<input type="checkbox"/> 月に 日程度の通院、加療が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常的に安静が必要である。				
回復の 見込み	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃、回復の見込み（入院のみが必要な場合は、上記退院予定日） <input type="checkbox"/> 不明または未定					

※該当する□にチェック（✓）してください。（複数チェック可）

上記のとおり診断する。したがって、当該人は家庭での保育が困難または日常生活において常時介護・看護が必要と見込まれる。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

〔医療機関の方へ〕

- ・この診断書は、保育所等の利用申込みをしようとする保護者が児童の保育ができない状況にあることを確認し、保育の必要性を認定するために使用します。
- ・この診断書記載の内容を具備する任意様式の診断書でも構いません。
※「現在の状況」「回復の見込み（期間）」、「保育が困難または常時介護・看護が必要な旨」等の記載
- ・この診断書は、加古川市幼児保育課においてのみ使用します。
- ・この診断書に関する費用等の負担は、請求者（患者）になります。
- ・ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

加古川市幼児保育課入園係 TEL (079) 427-9213