

診 断 書

(氏 名)

(生年月日) 昭和・平成 年 月 生

1. (診 断 名)

2. (治療期間と通院回数)

3. (児童の保育等について) *該当する番号に○をつけてください。

(1) 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。

(2) 上記の者は、日常生活において看(介)護の必要を認める。

4. (「児童の保育ができない」 または 「看(介)護が必要な」理由
・ ・ ・ ・ ・ 症状経過と家庭生活への影響など)

5. (保育ができない期間) 年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名・所在地

証 明 者 (医師名)

Ⓜ

*上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

保護者 記入欄	児 童 名	(父・母 祖父・祖母)
	入所保育所 あるいは 第1希望保育所名	保育所 入所中 保育園 申込中

お願い（保育所入所用診断書について）

この診断書は、保育所入所審査用で、保護者（同居祖父母含む）が家庭で昼間子どもの保育（世話）が出来ない（または、出来る）理由を明らかにするものです。

ですから、病気そのものの内容ではなく、症状及び薬の副反応などにより、どのような状態であるかということを中心に記入願います。

【4の記入例】

- ・ 薬の副反応により、体のだるさやふらつきがあるため児童の保育が出来ない。
保育が出来ない期間は、今のところ未定。
- ・ 3か月程度安静が必要であるため、児童の保育が困難である。

お手数をおかけしますが
よろしくお願い致します。

<問い合わせ>

甲佐町役場 福祉課

電話 096-234-1114（直通）