

注意事項等（作成・提出の前に必ずご一読ください。）

- ・これは、学童保育ルーム入所のために必要となる保護者が疾病等の状況を証明いただく書類です。証明書は、保護者を通じ龍ヶ崎市長に提出いただきます。
- ・龍ヶ崎市においては、原則、放課後の時間帯、かつ月12日以上保育に欠けることが入所要件となっております。

## 診 断 書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

上記の患者について、次のとおり診断いたします。

病名	
病状 (症状)	
入院について (見込み)	期間：令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 年 月
通院について (見込み)	期間：令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 年 月 日数：月 日程度 付添いの必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（ ）
日常生活について	常時臥床を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> その他（ ）
	家族の看護(介護)を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない <input type="checkbox"/> その他（ ）
	家事程度の作業が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他（ ）
	子どもの保育が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	上記に書ききれない場合や上記の項目以外で気になる点等がありましたら御記入ください。

令和 年 月 日

龍ヶ崎市長 殿

医療機関名	
担当医師名	印

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名	生年月日	入所中 申込中の別	小学校名
			平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 申込中	