

診 断 書

[患者]

住 所

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

上記の患者について、次のとおり診断します。

病 名	
病 状 (症 状)	
受 診 状 況	通院 (月・週 日程度) ・ その他 () 入院 (期間など:)
治療見込み期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで
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・その他()
	家族の看護(介護)を: <input type="checkbox"/> 要する・ <input type="checkbox"/> 要しない・その他()
	家事程度の作業が: <input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> できない・その他()
	子どもの保育が: <input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> できない・その他()
そ の 他	※児童を保育する上での困難さに関するご意見があれば記入してください。
令和 年 月 日	
医療機関名	
所在地	
医師名 (印)	

【ご記入の際の注意】

- この書類は、保育施設利用申込みに際し、保護者の疾病または家族の看護(介護)を理由とする場合に必要な書類です。
- この様式と同内容を具備する診断書を代わりに提出することもできます。
- 訂正がある場合は、医療機関の訂正印を押印してください。修正液の使用は不可となります。
- 記載内容に変更が生じた場合は、再提出をお願いします。
- 証明内容を照会をさせていただく場合があります。

下記の欄は保護者記入

児童氏名	生年月日	利用施設名
	H・R . .	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	H・R . .	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	H・R . .	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中

〔お問合せ〕

龍ヶ崎市役所 こども家庭課 保育グループ

Tel0297-64-1111 (内線270, 271)