

診 断 書

患 者	氏 名			
	住 所			
	性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日

診 断 内 容	傷 病 名			
	初 診 日	年 月 日		
	現在の病状 (過去3か月間 の病状経過)			
	治療見込み (※1)	<input type="checkbox"/> 入院 (今後____か月間の入院が必要) <input type="checkbox"/> 通院頻度 今後(月・週)に(____日)の治療が必要。 ⇒その状況は(____年____月____日頃・未確定)まで継続する見込みである。		
	保育の可否 (※2)	<input type="checkbox"/> 保育は困難である。(一部支障がある場合も含む) <input type="checkbox"/> 保育は十分可能である。		
	日常生活の 可否(※3)	<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。		
就労の可否 (※4)	<input type="checkbox"/> 就労は困難である。(一部支障がある場合も含む) <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である。			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地

電話番号

医療機関名

担当医師名

印

<記入にあたって(お願い)>

- ・保育園入所申込みの保護者の傷病状況を証明する場合は、すべての項目に記入してください。「※1~4」の各項目については該当する状況にチェックをしてください。
- ・保育園入所申込みの保護者が看護や介護をする場合の証明は、看護・介護される方について記入してください。なお(※2)(※4)の項目は該当いたしません。
- ・この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を必ず記入してください。
- ・証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。