

# 診 断 書

|        |     |       |         |       |
|--------|-----|-------|---------|-------|
| 患<br>者 | 氏 名 |       |         |       |
|        | 住 所 |       |         |       |
|        | 性 別 | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |

|                  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|
| 診<br>断<br>内<br>容 | 傷 病 名  |  |  |  |
|                  | 初 診 日  | 年 月 日  |  |  |
|                  | 現在の病状<br>(過去3か月間<br>の病状経過)   |  |  |  |
|                  | 治療見込み<br>(※1)  | <input type="checkbox"/> 入院 (今後____か月間の入院が必要)<br><input type="checkbox"/> 通院頻度 今後(月・週)に(____日)の治療が必要。<br>⇒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<br>(※2)  | <input type="checkbox"/> 保育は困難である。(一部支障がある場合も含む)<br><input type="checkbox"/> 保育は十分可能である。   |  |  |
|                  | 日常生活の<br>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。<br><input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある<br><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<br>(※4)    | <input type="checkbox"/> 就労は困難である。(一部支障がある場合も含む)<br><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。