

診 断 書 (保育所等入所用)

令和 年 月 日

【保護者記入欄】

保護者氏名		年 齢	歳	児童との 続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
保護者住所				電 話	()
児 童 名		年 齢	歳	利用施設名	

【医療機関記入欄】

以下の事項について、診断します。 診断日 令和 年 月 日 所在地 TEL () 医療機関名 医師名 印		
傷 病 名		
診 断 内 容 (症状経過・保育 ができない状況等)		
治療期間・通院回数	治療期間 : ____ 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 通院回数 : ____ 回 / (月・週)	
※ 各項目の該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。		
日 常 生 活	社 会 生 活	日 常 保 育
<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> できない状態である。 <input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要(週4~5日程度) <input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要(週2~3日程度) <input type="checkbox"/> 特に影響なし
保育できない期間	____ 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	