

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 齡	歳	児童との 続 柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()
保護者住所				電 話	— —
児 童 名		年 齡	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					
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： 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 通院回数： 回／(月 ・ 週)			
※ 各項目の該当する箇所に☑を付けてください。					
日 常 生 活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし	社 会 生 活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし	日 常 保 育	☐ できない状態である。 ☐ 育児の軽減が必要(週4～5日程度) ☐ 育児の軽減が必要(週2～3日程度) ☐ 特に影響なし
保育できない期間		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日			