

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、次のとおり診断いたします。

病 名			
病 状 (症 状)			
通院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間 <input type="checkbox"/> 終了時期は未定 年 月 日 ~ 年 月 日	
	日数：月 日程度	付き添いの必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	
入院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間 <input type="checkbox"/> 終了時期は未定 年 月 日 ~ 年 月 日	
	常 時 臥 床	必要・不要	その他()
日常生活について	家族の看護(介護)	必要・不要	その他()
	家事程度の作業	可・不可	その他()
	子どもの保育	可・不可	その他()
	上記の他、特記すべき事項があればご記入ください。		
備 考			

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

[ご記入の際の注意]

- ①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提出していただくものです。
- ②原則として、1日4時間以上かつ月16日以上保育ができないことが利用要件となっています。
- ③この様式にと同内容を具備する診断書に代えて提出していただくことができます。
- ④ご記入の際は鉛筆ではなく、ボールペンをお使いください。
- ⑤訂正する場合は、医療機関の訂正印を押印してください。(修正液の使用不可)
- ⑥保育施設利用中に診断内容が変更した場合は、随時提出してください。
- ⑦証明内容を照会させていただくこともあります。

保育施設名	子ども番号	こども課受理日	受理者	台帳入力日	入力者	確認日	確認者

【お問合せ先】
 つくばみらい市役所
 こども課 入所入園係
 電話 0297-58-
 2111(代)