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　□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：□有　□無　□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　□終了時期は未定 年　　月　　日～　　年　　月　　日	
日常生活について	常時臥床	必要・不要　その他（　　）	
	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	
備　考	上記の他、特記すべき事項があればご記入ください。		

年　　月　　日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

[ご提出の際の注意]

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この様式と同内容を具備する診断書であれば、指定様式でなくとも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)