

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()	
	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

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家族の看護(介護)の場合は、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。

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

保育施設名	子ども番号	受理日	受理者	台帳入力日	入力者	確認日	確認者