

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 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 終了時期は未定			
	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 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 終了時期は未定			
日常生活について	常 時 臆 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 师 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、隨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	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
 みらいこども課
 入所入園係
 電話 0297-58-2111(代)