

# 診 断 書

[保護者・同居者用]

【診断を受ける方】		
氏名： _____		
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
住所： _____		
初診年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
病名：	症状：	
入院期間： _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで ※入院期間に家族による常時の看護を 1. 要する 2. 要さない	通院及び今後の療養期間： _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで (通院： 週 _____回 または _____月 _____回) ※長期療養を要する場合は、令和7年度の期間をご記入ください。	
病状等から各項目の該当する箇所をチェック <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。		
【日常生活】 <input type="checkbox"/> 著しい制限あり。 <input type="checkbox"/> 一部制限あり。 <input type="checkbox"/> 特に制限なし。	【日常保育】 <input type="checkbox"/> できない状態である。 <input type="checkbox"/> 保育の軽減が必要 (週4～5日程度)。 <input type="checkbox"/> 保育の軽減が必要 (週2～3日程度)。 <input type="checkbox"/> 特に影響なし。	【社会生活】 <input type="checkbox"/> 著しい制限あり。 <input type="checkbox"/> 一部制限あり。 <input type="checkbox"/> 特に制限なし。
診断書作成年月日 _____年 _____月 _____日		
医療機関名 住所 医師名 _____ 印		

※この診断書は、施設等利用給付認定申請の際に児童を保育できない理由および必要度を確認するための資料として使用します。

保護者 記入欄	児童氏名： ( _____ )
	在園状況： 新規申込 ・ 在園 ( _____ )
	【上記の診断を受けた方】 氏名： _____ 児童との続柄： 父・母・その他 ( _____ ) 住所： _____

※「通院及び今後の療養期間」を保育を必要とする期間とみなします。症状が軽減されましたら子ども家庭課までご連絡ください。

【お問い合わせ】 嘉手納町役場 子ども家庭課 保育支援係 098-956-1111 (内線123)