

| | | |
|--------|-----------------|-----------------------|
| 保護者記入欄 | 入所（予定）施設名 | 児童名（ふりがな） |
| | 在籍中・申込中 | |
| | 在籍中・申込中 | |
| | 児童からみた診断対象者との続柄 | 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・（ ） |

※お子様が3名以上の場合は連名でご記入ください。

※保育ができない期間の記入がない場合は、最長で3ヶ月間の認定になります。

②③ 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 S・H・R 年 月 日

- 上記の者は、療育・入院・通院等のため家庭での保育ができないと認める。
- 上記の者は、療育・入院・通院等のため親族等による介護・看護が必要であると認める。

病 名：

保育ができない期間

(治療が必要な期間) 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

症状及び保育ができない理由

(下記の1～3の該当するものに印をつけてください。)

1. 入院する必要がある又は、自宅で寝たきり状態である。
2. 常に自宅で安静する必要がある。
3. 疾病により保育に支障がある。

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

医療機関の方へ

※上記の内容が確認できれば、診断書の様式は問いません。

※必要に応じて電話等により内容を確認させていただくことがございますのでご了承ください。