

# 診 断 書

[保護者・同居者用]

(診断を受ける方)	
住 所 _____	
氏 名 _____	
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 _____	
(初診年月日) 年 月 日	
病 名	症 状
入院の場合 年 月 日から 年 月 日まで	今後の通院の状況 必要無 必要有 週・月 回 ( 年 月頃まで)
病状等から該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する。 <input type="checkbox"/> 日常生活・子どもの世話に一部支障がある (おおむね 月間の治療を要する)。 <input type="checkbox"/> 日常生活・子どもの世話に支障がある (おおむね 月間の治療を要する)。 <input type="checkbox"/> 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。	
その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。	
診断書作成年月日 令和 年 月 日	
医療機関名	
住所	
医師名	
印	

\*この診断書は、保育所入所申込みの添付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 ( )
	診断を受ける方と児童との続柄 ( )

【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)