



# 診 断 書

(保育施設利用確認用)

診断を受ける方	氏 名		生年月日	H・S	年	月	日
	住 所						
傷病名	①	初診日 ( R・H・S 年 月 日 )					
	②	初診日 ( R・H・S 年 月 日 )					
	③	初診日 ( R・H・S 年 月 日 )					

患者の病状についてお答えください。(該当するものにチェックを入れ、必要事項をご記入ください。)

1 生活(仕事・家事・育児・運動等)に制限が必要ですか。

無

有 **➡** 仕事・家事・育児・運動・その他(○をつけてください。)に制限が必要である。

※それぞれの制限について、具体的に記入してください。

2 今後、どのくらいの期間、入院加療または通院加療が必要と考えられますか。

入院加療が必要

期 間 : ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 終了期間未定 )

通院加療が必要

期 間 : ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 終了期間未定 )

通院頻度 : (      ヲ月・週 ) に (      回 )

3 医学的見地から、患者が未就学児童の保育をすることは可能ですか。

可能と考える

不可能である **➡** その状況はいつまで継続すると考えられますか。

(      年 月 日ごろ ・ 未確定 ・ 改善見込みなし )

【特記事項】(その他、未就学児童を保育することの困難さに関するご意見があればご記入ください。)

-----  
-----  
-----

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

担 当 医 師 氏 名

電 話 番 号

\* 上記の内容が記入されていれば、診断書の形式は問いません。

\* この書類は、認定こども園等の利用申込等にあたり、保護者の保育を必要とする事由を確認するためのものです。

\* 訂正の際は二重線を引き、訂正印を押印してください。(その際は担当医師氏名にも同じ印鑑を押してください。)