

診 断 書

令和 年 月 日

(宛先) 篠栗町長

所在地

名称

医師氏名

電話番号

下記のとおり診断します。

患者氏名					生年月日		年	月	日							
傷病名																
治療期間等	入院期間	令和		年		月		日	から 令和		年		月		日	まで
	通院期間	令和		年		月		日	から 令和		年		月		日	まで
保育能力の程度	※該当するもの一つに✓をお願いします。															
	☐ 療養のため、児童の保育が完全にできないと考えられる。															
	☐ 療養のため、児童の保育が部分的にできないことがあると考えられる。															
	☐ 療養を認めるが児童の保育ができると考えられる															
日常生活能力の程度	※該当するもの一つに✓をお願いします。															
	☐ 常時援助（介護）を必要としており、身の回りのことはほとんどできない。															
	☐ 日常生活の大半に他者の援助（介護）が必要である。															
	☐ 部分的に他者の援助（介護）がないと生活できない。															
☐ 日常生活は普通にできる。																

(医療機関の方へ)

- ・本診断書の使用が困難な場合は、貴院の様式で構いません。その場合、上記内容を具備する診断書をお願いします。押印は不要です。
- ・本診断書は、保育施設等の利用にあたり保護者が児童の保育ができない状況を確認し、保育の必要性を認定するために使用します。
- ・本診断書は、保育施設等の入所期間中、現況確認のため最低1年に1回は提出が必要となりますので、ご理解ご協力をお願いします。

保護者記入欄	保護者氏名		保護者住所											
			篠栗町											
	児童氏名		生年月日					施設名						
			令和		年		月		日					
			令和		年		月		日					
			令和		年		月		日					