

診断書

※施設名、児童名、生年月日を必ず記入してください。
※きょうだい2人以上の手続の場合は、弟妹児への添付は不要です。
その際はいちばん上のお子さんの児童名等を記入してください。

※利用申込みの場合は、第1希望の施設名を記入

保護者記入欄	利用(希望)施設	
	フリガナ	
	児童名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日

以下は医療機関の担当医師が記入してください。

患者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
診 断 内 容	傷病名		
	初診日	年 月 日	
	医師所見 (現在の病状)		
	入院の場合	年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定 ※退院後も通院を要する場合は、下段の「通院の場合」にもご記入ください。	
	通院の場合	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定
		通院回数	月 _____ 回 又は 週 _____ 回 程度の通院を要す
	日常生活の可否	<input type="checkbox"/> 常時援助(介護)を必要とし、身の回りのことができない。 <input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある。 <input type="checkbox"/> 援助(介護)の必要はなく、日常生活は普通にできる。※	
	患者が児童の保護者である場合は、以下の項目も記入してください。		
	就労の可否	<input type="checkbox"/> 就労は困難である。 <input type="checkbox"/> 就労は一部支障はあるが、軽作業であれば可能である。 <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である。※	
	保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育は困難である。 <input type="checkbox"/> 保育は一部支障がある。 <input type="checkbox"/> 保育は十分可能である。※	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 : _____ 医療機関名 : _____ 医師名 : _____ 電話番号 : _____			

< 記入にあたってのお願い >
この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を記入してください。

< 保護者の皆様への注意事項 >
※日常生活が普通にできる場合は、介護・看護での認定はできません。
※就労又は保育が十分可能な場合は、疾病・障害での認定はできません。

記入についての問い合わせ先
高知市役所保育幼稚園課(入所担当)
電話:088-823-4012