

診 断 書

(保育ができないことを証明する書類)

■保護者記入欄

児童氏名	生年月日	入所(申込)施設名	入所要件
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 保護者の疾病要件 <input type="checkbox"/> 下記証明者の介護・看護要件 (要介護者の続柄：)
	年 月 日		
	年 月 日		

以下は、診断した医師が記入してください。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
病 名			
初 診 日	年 月 日		
通 院 ・ 往 診	週 ・ 月 ()回程度の 通院 ・ 往診 を要す		
入 院	なし ・ 年 月 日から 年 月 日まで		
就床安静の必要性	※ 該当項目に○印のご記入をお願いします。 1. 必要ない 2. 必要とする		
上記傷病による家族の介護・看護の必要性	※ 該当項目に○印のご記入をお願いします。 1. 必要ない 2. 必要とする		
当該人の家庭での育児についてのご意見	※ 該当項目に○印のご記入をお願いします。 1. 育児に支障なし 2. 育児不可		
当該人の就労についてのご意見	※ 該当項目に○印のご記入をお願いします。 1. 就労に支障なし 2. 就労不可		
今後の治癒見込期間 ※いずれかにチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 6ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1年程度 <input type="checkbox"/> それ以外(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> その他()		
その他、生活上で支障がある事項			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師名			
印			