

【Lacuna preenchido pelos pais e/ou responsáveis / 保護者記入欄】

Furigana Nome da criança		Data de nascimento		Nome do Kurabu, pré-escolar frequentada (ou solicitada)	
		☐ Heisei ☐ Reiwa	年 月 日	☐ Frequentada ☐ Solicitada	
		☐ Heisei ☐ Reiwa	年 月 日	☐ Frequentada ☐ Solicitada	
		☐ Heisei ☐ Reiwa	年 月 日	☐ Frequentada ☐ Solicitada	
Parentesco com a criança		☐ Pai ☐ Mãe ☐ Avó ☐ Avô ☐ Outros ()			

Diagnóstico Médico (Shindansho)
診 断 書

【Lacuna preenchida pelo médico】※ Em alguns casos, entraremos em contato com relação o teor do diagnóstico médico.

受診者 (患者)	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
傷病名					
症状					
加療見込 期間等 ※複数チェック可	☐ 入院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） ☐ 通院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） 月（ 回程度） ☐ 療養・静養を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） ※期間（特に終期）の記載のないものは無効となりますので、必ず明記してください。 ※期間が不明の場合も無効です。診断日時点で加療が必要と認められる期間を記入してください。 ※通院加療、療養・静養を要する場合は下記にチェックをしてください。 ☐ 常時臥床の状態である ☐ 常に安静を要する状態で定期的な通院が必要である ☐ 軽症であるが、定期的な通院が必要である				
	日常生活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし			
	社会生活	☐ 著しい制限あり ☐ 一部制限あり ☐ 特に制限なし			
	児童の保育	☐ 非常に困難 ☐ 困難 ☐ やや困難 ☐ 支障なし			
所見	介護・看護の必要性	☐ 要する ☐ 要しない			
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 氏 名 ⑧					
電 話 番 号					