

【保護者記入欄】

| フリガナ 児童氏名 | 生年月日 | 利用（希望）園・放課後児童クラブ名 |
|--------------|---|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| 児童と受診者との続柄 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

診 断 書

《令和3年度版》

【医師記入欄】※診断書の内容について市から問い合わせさせていただくことがあります。

| | | | | |
|--|---|--|---|-----|
| 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 | <input type="checkbox"/> 入院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 通院加療を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） 月（ 回程度） <input type="checkbox"/> 療養・静養を要する（期間： 年 月 日～ 年 月 日） ※期間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。 ※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。 <input type="checkbox"/> 常時臥床の状態である <input type="checkbox"/> 常に安静を要する状態で定期的な通院が必要である <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的な通院が必要である | | | |
| 所見 | 日常生活 | <input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし | | |
| | 社会生活 | <input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし | | |
| | 児童の保育 | <input type="checkbox"/> 非常に困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 支障なし | | |
| | 介護・看護の必要性 | <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない | | |
| 上記のとおり診断します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (印) 電話番号 _____ | | | | |