

【保護者記入欄】

| フリガナ<br>児童氏名 | 生年月日                                                                                                                                          | 利用（希望）園名                                                     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|              | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和年 月 日                                                                               | <input type="checkbox"/> 利用中<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
|              | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和年 月 日                                                                               | <input type="checkbox"/> 利用中<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
|              | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和年 月 日                                                                               | <input type="checkbox"/> 利用中<br><input type="checkbox"/> 申込中 |
| 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6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<br>(患者)             | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                                                                  |       |
|                         | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        | 生年月日                                                                                             | 年 月 日 |
| 傷病名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                  |       |
| 症状                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                  |       |
| 加療見込<br>期間等<br>※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）<br><input type="checkbox"/> 通院加療を要する（期間：年 月 日～年 月 日）<br>月（ 回程度）<br><input type="checkbox"/> 療養・静養を要する（期間：年 月 日～年 月 日）<br>※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。<br>※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。<br>※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。<br><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<br><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。            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                  |       |
| 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                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                                                                                  |       |