

# 診 断 書

<利用給付認定・保育所等入所申請用>

(診断書の種類)

※右記のどちらかにチェック

保護者及び同居者用

看護・介護用

現住所	西原町字		
保護者氏名		連絡先	
申込児童名	男・女	児童の生年月日	年 月 日

診断を受ける方	住 所		生年月日	M・T S・H 年 月 日
	氏 名		児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他( )

主たる病名 (初診日)	1.傷病名	初診日( 昭和・平成 令和 年 月 日 )
	2.傷病名	初診日( 昭和・平成 令和 年 月 日 )
	3.傷病名	初診日( 昭和・平成 令和 年 月 日 )

① 症状等から該当するものにチェックをしてください。(保護者及び同居者用回答)

- 医療不要
- 定期的通院を要する (週 回又は月 回、期間: 年 月 日～ 年 月 日)
- おおむね6ヶ月以上の長期的治療を要する
- 常時、安静が必要、または臥床状態である
- 入院加療を要する (期間: 年 月 日～ 年 月 日)

② 看護・介護が必要な方の場合は、該当するものにチェックをしてください。(看護・介護用回答)

- 基本的に日常生活は営める(介助不要)
- ( 歩行・食事・入浴・排泄 )で一部介助が必要である ※カッコ内から介助が必要なものに○してください。
- 生活全般において、全面的な介助が必要である

※申込児童の父母の場合、児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。

病 状  
及 び  
所 見

上記のとおり診断する。 診断書作成年月日 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話 番 号  
医 師 名 印

※ この証明書は、保育所等入所申込・給付に伴う認定業務のために必要な添付書類として使用します。  
 ※ 修正等がある場合は、訂正箇所にも二重線を引き、記入した医師の訂正印を押印してください。

連絡先：西原町役場 福祉部 こども課 保育所係 TEL：098-945-5311(内線2708)