

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

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 病 状 及 び 所 見 | ※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。 |
| | |

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)