

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	T・S H・R 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、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、訂正箇所にて二重線を引き、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2707)