

診 断 書

【保育所等利用申込用】

岩出市長 宛

医師記入欄		※この診断書は、保護者が保育を必要としているか判断するための必要書類です。 申込児童の健康診断書ではありません。	
1. 氏名			
2. 生年月日	年 月 日	3. 性別	男 ・ 女
4. 診断名			
5. 初診日	年 月 日		
6. 現在の病状について			
7. 就学前児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかに○をつけてください）			
Ⅰ 上記の者は、就学前児童の保育が完全に不可能な状態である			
Ⅱ 上記の者は、就学前児童の日中常時の保育が困難な状態である			
Ⅲ 上記の者は、就学前児童の日中の保育が部分的に困難な状態である			
Ⅳ 上記の者は、就学前児童の保育が十分に可能な状態である			
8. 病状の療養に係る期間			
（おおむねの期間でかまいません。また不明な場合は「期間を定められない」に○をつけてください）			
年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 期間を定められない			
上記のとおり診断します。 平成 年 月			
医療機関名			
所在地			
担当医師			

※上記内容が記載されていれば、診断書の形式は問いません。

保護者記入欄					
疾病者の続柄		児童の 父 ・ 母 ・ その他()			
児童名		生年月日	平・令 年 月 日	申込中・在所(園)	施設名 ※申込中の方は 第一希望
			平・令 年 月 日	申込中・在所(園)	
			平・令 年 月 日	申込中・在所(園)	

上記の診断により保育の利用を希望します。

※※※※※※※※※※※※※※※※市役所記入欄※※※※※※※※※※※※※※※※

□標 □短 (月 から 月 まで) □