

医療機関様

- この書類は、**保育所等の入所(継続)手続き**に必要な書類です。太枠内は必ず医師が記入願います。
- この内容を具備する別様式の診断書でも有効です。
- 代表印等、診断書作成医師の印のないものは無効です。
- 訂正の際は、二重線で消し訂正印を押印してください。
※修正液は不可
- 記入にあたってのお問い合わせは、城里町福祉こども課(保育担当)へお願いします。TEL029-353-7265

保護者 記入欄	保護者氏名：
	児童氏名：
	児童氏名：
	児童氏名：
利用施設名(申請中は第1希望施設を記入)	
<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中	児童との続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母

診 断 書

患者氏名		患者住所	
生年月日・性別	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
傷病名			
初診日	年 月 日		
手術について	年 月 日	手術内容：	
入院について (見込み)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	入院期間： 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 終了時期は未定		
	入院時の家族の介護(看護)を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない		
通院について (見込み)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	通院期間： 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 終了時期は未定		
	通院頻度：週 日・月 日		
病状及び所見			
※以下のうち該当する場合に☑記入してください			
<input type="checkbox"/> 上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。			
<input type="checkbox"/> 上記の者は、日常生活において介護(看護)の必要を認める。 <input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 一部必要 (具体的に介護が必要な内容：)			
城里町長 様 上記のとおり診断します。			
		証明日	年 月 日
医療機関	所在地：		
	名 称：	代表印	
	電話番号：		
	診断書作成医師名：	印	

※虚偽の証明は無効です。記載事項が事実と相違する場合は、入所決定が取消しとなる場合があります。