

診 断 書

須恵町長 宛

【保護者記入欄】

利用 (希望) 児童		生 年 月 日	.	.	利用 (希望) 施設	<input type="checkbox"/> アザレア幼稚園
			.	.		<input type="checkbox"/> れいんぼ一幼稚園
			.	.		<input type="checkbox"/> 須恵めぐみ保育園 <input type="checkbox"/> わかすぎの杜保育園 <input type="checkbox"/> 明道館 <input type="checkbox"/> その他( )
患者氏名		生年月日		児童からみた続柄		
		T・S・H・R . .		父・母・祖父・祖母・その他( )		

【医師記入欄】 ※これは保育の必要性を確認するため提出いただくものです。

1. 病名	
2. 現在の病状 (具体的にご記入ください)	
3. 治療に要する期間・頻度 (見込みでも、必ずご記入ください)	入院・通院( 年 月 日～ 年 月 日頃まで) ※通院する場合、通院頻度(週 回程度)
4. 日常生活能力の所見 (いずれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助(介護)が必要である(一部) <input type="checkbox"/> 他者の援助(介護)が必要である(ほぼ全部) <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 保育能力の所見 (いずれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
上記のとおり診断します。	
令和 年 月 日	
医療機関名： _____	
所在地： _____	
担当医師名： _____ (印)	