

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	☐ アザレア幼稚園 ☐ れいんぼ一幼稚園 ☐ 須恵めぐみ保育園 ☐ わかすぎの杜保育園 ☐ 明道館 ☐ 須恵みなみ幼稚園 ☐ その他()
			・	・		
			・	・		
患者氏名		生年月日		児童からみた続柄		
		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)	☐ 日常生活は一人で可能である ☐ 他者の援助(介護)が必要である(一部) ☐ 他者の援助(介護)が必要である(ほぼ全部) ☐ 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)	☐ 児童の保育が完全に不可能な状態である ☐ 児童の保育が部分的に困難な状態である ☐ 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)	