

# 診断書

(保育を必要とすることを証明する書類)

|        |  |     |    |   |   |   |
|--------|--|-----|----|---|---|---|
| 保護者記入欄 |  | 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 保護者氏名  |  | 連絡先 |    |   |   |   |
| 住所     |  |     |    |   |   |   |

| 児童名 | 生年月日 | 入所(申込)保育所 |
|-----|------|-----------|
|     |      |           |

| 医師記入欄  |   |
|--|---|
| 患者氏名   |   |
| 病名   |   |
| 治療期間   | <input type="checkbox"/> 年 月頃まで <input type="checkbox"/> 不明   |
| 入院歴  | 年 月 日 から 年 月 日 まで   |
| 外来通院回数   | 1週間に 回 又は 1ヶ月に 回  |
| この患者が児童を保育する場合<br>(患者が16歳以上65歳未満の場合)                             | <input type="checkbox"/> 入院又は入院に相当する治療や安静を要する自宅療養で常に病臥しているため、保育困難<br><input type="checkbox"/> 通院加療を行い、常に安静を要するなど、保育が常時困難<br><input type="checkbox"/> 上記以外で通院加療が必要であり、保育に支障がある |
| 家族からの介護・看護の必要性   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| その他所見  |   |
| 令和 年 月 日   |   |
| (あて先)岡垣町長<br>上記のとおり、診断する。  |   |
| 所在地<br>医療機関名<br>電話番号<br>医師名 <span style="float: right;">印</span> |   |

## <医療機関の方へ>

- ・岡垣町では、保育所等の利用にあたり、保護者等がどのような事由で保育を必要としているか確認を行っています。
- ・この診断書は、保育所等の利用にあたり保護者等が疾病により児童の保育ができない理由・状況を確認し、保育の必要性を認定するために使用します。
- ・また、この診断書は、患者が保護者等からの看護を必要とし、保護者等が家庭で児童の保育ができない状況を確認し、保育の必要性を認定する際にも使用します。
- ・診断書作成にあたり、ご不明な点等ございましたら、岡垣町こども未来課(TEL:093-282-1211)までお問合せください。