

保護者記入	入所(入所申込)児童名	性 別	生 年 月 日			施 設 名	
		男・女	H R	年	月	日生	(在園児・新規)
		男・女	H R	年	月	日生	(在園児・新規)
		男・女	H R	年	月	日生	(在園児・新規)
		男・女	H R	年	月	日生	(在園児・新規)

診 断 書 (保 護 者 用)

〔診断を受ける方〕	
氏 名 :	児童との続柄:
生 年 月 日 :	明・大・昭・平 年 月 日生
住 所 :	
電 話 番 号 :	(自宅) — — (携帯) — —
〔初診年月日〕	〔病 名〕
昭・平・令 年 月 日	
〔症 状〕	〔療 養 期 間〕
	平成・令和 年 月 日から
	平成・令和 年 月 日まで
〔所 見〕	
各項目の該当箇所にチェックをつけてください。	
〔1週間あたりの保育の軽減〕	〔1日あたりの保育の軽減〕
☐ 常時できない状態である	☐ 1日8時間以上の保育の軽減が必要
☐ 週4～5日の保育の軽減が必要	☐ 1日7時間以上8時間未満の保育の軽減が必要
☐ 週3日以下の保育の軽減が必要	☐ 1日5時間以上7時間未満の保育の軽減が必要
	☐ 1日5時間未満の保育の軽減が必要
☐ 特に制限はなく、保育の軽減は不要である	
医療機関名	令和 年 月 日 (診断書作成月日)
住 所	
医 師	印