

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・新規)
		男・女	H R 年 月 日生	(在園・新規)
		男・女	H R 年 月 日生	(在園・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〕

昭・平・令 年 月 日

〔病 名〕

〔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〕
<input type="checkbox"/> 常時できない状態である	<input type="checkbox"/> 1日8時間以上の保育の軽減が必要
<input type="checkbox"/> 週4～5日の保育の軽減が必要	<input type="checkbox"/> 1日7時間以上8時間未満の保育の軽減が必要
<input type="checkbox"/> 週3日以下の保育の軽減が必要	<input type="checkbox"/> 1日5時間以上7時間未満の保育の軽減が必要
	<input type="checkbox"/> 1日5時間未満の保育の軽減が必要

※該当項目がなく、保育の軽減が不要の場合は、チェック不要です。

令和 年 月 日

医療機関名

(診断書作成月日)

住 所

医 師

印