

| 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<br>R  | 年 | 月 | 日生    | ( 在園児・新規 ) |
|       |             | 男・女 | H<br>R  | 年 | 月 | 日生    | ( 在園児・新規 ) |
|       |             | 男・女 | H<br>R  | 年 | 月 | 日生    | ( 在園児・新規 ) |
|       |             | 男・女 | H<br>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〕

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〕

□ 常時できない状態である

□ 週4～5日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8時間以上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

□ 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

令和

年

月

日

医療機関名

(診断書作成月日)

住 所

医 師

印