

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	年 月 日生	(在園児・新規)
		男・女	年 月 日生	(在園児・新規)
		男・女	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 ☐ 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			
医療機関名		令和 年 月 日 (診断書作成月日)	
住 所			
医 師		印	