

診 断 書

患者	氏 名			
	住 所			
	性 別	男 ・ 女	生年月日	

診断の内容	傷病名					
	初診日					
	現在の病状					
	治療見込み (*1)	<input type="checkbox"/> 通院	令和	年	月	日から
			令和	年	月	日頃まで
		通院の頻度	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 週	回	
	<input type="checkbox"/> 入院	令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日頃まで	
育児の可否 (*2)	<input type="checkbox"/> 保育は困難である <input type="checkbox"/> 保育は一部支障がある <input type="checkbox"/> 保育は十分可能である					
日常生活の 可否(*3)	<input type="checkbox"/> 常時援助(介護)を必要とし、身の回りのことができない <input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある <input type="checkbox"/> 援助(介護)の必要はなく、日常生活は普通にできる					
就労の可否 (*4)	<input type="checkbox"/> 就労は困難である <input type="checkbox"/> 就労は一部支障があるが、軽作業であれば可能である <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である					

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

電話番号

担当医師名

印

記入にあたって(お願い)

- ・ 保育園入所申込みの保護者の傷病状況を証明する場合は、すべての項目に記入してください。
(*1) ~ (*4) の各項目については該当する状況にチェック☑をしてください。
- ・ 保育園入所申込みの保護者が看護や介護をする場合の証明は、看護・介護される方について記入してください。
なお、(*2)(*4)の項目は該当いたしません。
- ・ この様式以外の診断書を使用する場合は、同様の項目を必ず記入してください。
- ・ 証明事項の修正は、必ず訂正印を押印してください。