**診断書（保育所入所用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保育所名 | | | | 入所児童名 |  | |
|  | | | | 入所児童名 |  | |
| 入所児童名 |  | |
| 患　者 | 住　　　　所 | | |  | | | |
| 氏　　　　名 | | |  | | | |
| 生年月日 | | | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 児童との続柄 | | |  | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | |
| 現在の症状 | 診察年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 治療に要する期間  ※見込を記入ください | | | □入院 ・ □通院（　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日） | | | |
| 日常生活での所見  ※どれかひとつに✓をつけてください | | | □　日常生活はひとりでも可能である  □　他者の援助（介護）が必要である（□一部 ・ □ほぼ全部）  □　常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない  □　その他（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 児童の保育について  の所見＊＊＊＊＊  ※どれかひとつに✓をつけてください | | | □　児童の日中常時の保育が困難な状態である  □　児童の日中の保育が部分的に困難な状態である  □　児童の保育はほぼ全部不可能な状態にある  □　児童の保育は可能である  □　その他（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 医師署名欄 | 上記のとおり診断します。  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | 医療機関所在地： |  | | | |  |
|  | 医療機関名： |  | | | |  |
|  | 医師名： |  | | | |  |
|  | | | | | | |

西海市こども家庭課 子育て支援班　☎　0959-37-0029