

診 断 書

(保育所等入所申請用)

ふりがな		生年月日
児童氏名		平成 年 月 日

(宛先) 狭山市長

疾病等の事由で申し込まれる方用

狭山市福祉事務所長

氏 名		生年 月日	昭 ・ 平	年 月 日生(歳)
傷 病 名				
初 診 日	年 月 日(頃)	治療期間 (見込)	年 月頃まで・不明	
入院期間(歴)	現在 過去	年 月 日 ~	年 月 日	
外来通院回数	1週間に 回		または 1ヶ月に 回	

現在の状態 (あてはまるものに○をつけてください)

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 心
身
疾
患 | < 保育を必要とする程度 > |
| | 1. 自身の起居にも困難があり、育児はできない状態である |
| | 2. 自身の身のことはできるが、育児はできない状態である |
| | 3. 患者の症状改善のため、週4日程度育児を休むことが望ましい |

所 見 (上記の内容に補足等がありましたら、ご記入ください)

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

(狭山市保育幼稚園課提出用)