

# 診 断 書

## 【医療機関記入欄】

1	患者氏名		生年月日	年 月 日
2	病名			
3	症状			
4	治療・療養期間 (見込み)	1. 年 月 日まで(見込み) 年 月 日 から 2. 令和7年3月31日まで継続療養が必要 ※必ず1か2を選択してください。		
5	入院期間(見込み)	<input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 見込み 年 月 日 ～ 年 月 日		
6	外来通院回数	<input type="checkbox"/> 1週間に 回 または <input type="checkbox"/> 1か月に 回		
7	現在の状況 <small>※いずれかの□に必ず チェックをつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 1か月以上の入院又は入院見込みで、保育が困難である <input type="checkbox"/> 1か月以上の居宅内療養で、常時臥床であり、保育が困難である <input type="checkbox"/> 1か月以上の居宅内療養で、安静を要する又は日常生活動作に支障を来しており、 保育が困難である <input type="checkbox"/> 1か月以上の居宅内療養で、上記以外で通院加療が必要であり、保育が困難である		
8	他所見			
上記のとおり証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     所在地 _____                      医療機関名 _____                      医師名 _____ (印)                      電話番号 _____                 </div>				

## 【注意事項】

※修正液、修正テープ、証明者以外の印による訂正、鉛筆及び消えるボールペンによる記入はしないでください。  
 ※日付の記入及び押印、また、必要事項をすべて記入してください。

## 【保護者記入欄】

児童名	生年月日	利用施設名(申請中の場合は第1希望施設)
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中
	年 月 日	保育園・こども園 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中