

児童氏名	生年月日	申込・在園施設
		申込中・在園
		申込中・在園

診 断 書（保育利用申請用）

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 (予定も含む)	年 月 日 ～ 年 月 日		
総合所見			
児 童 対 する 保 育 の 可 否	<現在の状態> 1 児童の保育が不可能な状況である。 2 児童の保育が困難な状況である。 3 児童の保育が部分的に困難な状況である。 4 児童の保育が十分に可能な状況である。 <公共機関等への相談歴>※該当ある場合のみ 1 児童相談所 (年 月頃から) 2 保健所 (年 月頃から) 3 保健センター (年 月頃から) 4 その他 (/ 年 月頃から)		
上記のとおり診断します。 ※証明日が空欄又は3か月以上経過しているもの、又は証明者の印鑑が無い場合、受け付けできません。 令和 年 月 日 医療機関名称 _____ 診療担当科名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ 担当医師氏名 _____ 印			

※保護者の保育必要性の事由証明として提出していただくものであり、申請児童に求めるものではありません。