

診断書

〈保護者用〉

〈診断を受ける方〉		
住所 -----		
氏名 -----		生年月日: S・H 年 月 日
児童との続柄: 父・母・祖父・祖母・その他()		
診断年月日: 年 月 日		
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	通院及び今後の療養期間 年 月 日から 年 月 日まで ・通院(週 回 または 月 回) ※ 見込で構いませんので、療養期間については必ず記入してください。	
各項目の該当する箇所に☑を付けてください。		
〈日常生活〉	〈社会生活〉	〈日常保育〉
<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	<input type="checkbox"/> できない状態である
<input type="checkbox"/> 一部制限あり	<input type="checkbox"/> 一部制限あり	<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要 (週4～5日程度)
<input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要 (週2～3日程度)
		<input type="checkbox"/> 特に影響なし
症状 及び 所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)		
令和 年 月 日 (診断書作成年月日)		
	住 所	
検診医	医療機関名	
	医 師 名	印

児 童 名	生 年 月 日	平 成 年 月 日
-------	---------	-----------