

保護者記入欄 (※この欄は、保護者が記入してください。)								
児 童	氏		生	年	月	日	保 育 所 名 保育所 (園)	<input type="checkbox"/> 新規
			年	月	日			<input type="checkbox"/> 継続
	名		日	年	月	日		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
患 者	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )		電話番号				

### 診 断 書

年 月 日

陸前高田市福祉事務所長 様

所 在 地

医療機関名

担当医師名

印

電 話 番 号

— —

次のとおり診断します。

患 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
病 名		
現 在 の 病 状		
稼働能力の有無	就床安静	( <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない )
	家事程度の作業	( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )
	子どもの保育	( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )
看護・介護	家族の看護又は介護 ( <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない )	
治療見込期間	【入院】	年 月 日 ~ 年 月 日
	【通院】	年 月 日 ~ 年 月 日
特 記 事 項		

備考

- この証明書は、保育所への入所（継続）に際し、児童の保護者等の病状等や、家族の看護又は介護の要否を確認するものとして使用されます。
- この診断書に関する費用等は、請求者（患者）の負担となります。
- 訂正箇所には、お手数ですが訂正印を押印してください。（修正液等を使用しているものは無効です。）