

# 診 断 書

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 患者氏名  |                      |
| 住 所   | 飯能市                  |
| 生年月日  | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 疾 病 名 |                      |
| 病 状   |                      |

- ・上記の者は、療養のため子どもの保育ができないと認める。(本人の場合)
  1. 1か月以上入院している又は、入院を予定している。
  2. 通院加療が必要で、常に安静を要する。
  3. 定期的な通院加療が必要で、1日4時間以上、週4日以上安静が必要である。
  4. 症状改善に必要であるため、週1日～週3日程度、保育を休むことが望ましい。
- ・上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。(親族の介護・看護の場合)
  5. 寝たきり・重度心身障害者のため、常時介護が必要であり、保育をすることができない。
  6. 日常生活、通院等に付き添うなど、介護が必要であり、常時保育をすることができない。
  7. 介護が必要であるため、昼間1日4時間以上、週4日以上保育をすることができない。
  8. 介護が必要であるため、おおむね週1日～週3日程度、保育をすることができない。

\* 1～8のうち、該当する番号に○印をつけてください。

保育できない期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

証明者 医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)

\*この診断書、又は同内容を具備する診断書をお願いします。

(問い合わせ先 飯能市保育課 042-973-2119)

|                              |          |                      |          |          |
|------------------------------|----------|----------------------|----------|----------|
| 保護者記入欄<br>(申請書と同時提出の場合は記入不要) | 保護者氏名    | (患者との続柄 ) (子どもとの続柄 ) |          |          |
|                              | 利用(予定)施設 | 利用(予定)施設             |          |          |
|                              | 子どもの氏名   | 子どもの氏名               |          |          |
|                              | 子どもの生年月日 | 平成 年 月 日             | 子どもの生年月日 | 平成 年 月 日 |