

診 断 書

患者氏名	
住 所	日高市
生年月日	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・重度心身障がい者のため、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 ㊟

*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。

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