

保護者記載欄						
児童名	生年月日	年	月	日	施設名：	☐ 利用中 ☐ 申込中
児童名	生年月日	年	月	日	施設名：	☐ 利用中 ☐ 申込中

診 断 書

以下 医師記載欄

氏名
生年月日 年 月 日

1. 病 名

2. 症 状 の 詳 細
(詳しくご記入ください)

3. 療 養 期 間 【 全 治 カ月 / 1 2 カ月以上 】
(1) 入院 年 月 日 ~ 【 年 月 日 / 未 定 】
(2) 常時臥床 年 月 日 ~ 【 年 月 日 / 未 定 】
(3) 居宅内安静 年 月 日 ~ 【 年 月 日 / 未 定 】
(4) 通院加療 年 月 日 ~ 【 年 月 日 / 未 定 】

4. 日常生活の程度 (いずれか一つを○で囲んでください)
(1) 日常生活を自力で行うことができる。
(2) 日常生活は概ね自立しているが、一部に補助を必要とする。
(3) 日常生活の遂行において、複数の場面で他者の介助を必要とする。
(4) 日常生活の大部分において、常時他者の介助を必要とする。

5. 保育の可否 ※未就学児は記入不要
1 の病名により、児童を保育することが【 できる / できない 】

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院名

所在地

電話番号

担当医師

※本診断書は、浦安市保育施設の支給認定決定と利用調整に必要となりますので、当てはまるすべての項目について記載がないものは無効です。

※保育の認定について、療養期間は最低 1 カ月必要です。

※本診断書の発行にかかる費用は、受診者の負担となります。

保護者記載欄						
児童名	生年月日	年	月	日	施設名：	☐ 利用中 ☐ 申込中
児童名	生年月日	年	月	日	施設名：	☐ 利用中 ☐ 申込中

診 断 書

以下 医師記載欄

提出する前に保護者

自身で記入してください。

氏名 受診者氏名・生年月日
生年月日 年 月 日

1. 病 名

2. 症状の詳細

(詳しくご記入ください)

出来るだけ詳しく記載をお願いします。

①～④の合計の期間を記載してください。12 カ月未満の場合は左に記載をお願いします。12 カ月以上の場合は右を○で囲んでください。

3. 療 養 期 間 【 全治 カ月 / 12 カ月以上 】

- (1) 入院 年 月 日～【 年 月 日 / 未定 】
- (2) 常時臥床 年 月 日～【 年 月 日 / 未定 】
- (3) 居宅内安静 年 月 日～【 年 月 日 / 未定 】
- (4) 通院加療 年 月 日～【 年 月

該当するものを選び、期間を記入してください。
年月日は開始日です

4. 日常生活の程度（いずれか一つを○で囲んでください）

- (1) 日常生活を自力で行うことができる。
- (2) 日常生活は概ね自立しているが、一部に補助を必要とする。
- (3) 日常生活の遂行において、複数の場面で他者の介助を必要とする。
- (4) 日常生活の大部分において、常時他者の介助を必要とする。

1～3を踏まえ、4・5それぞれに回答してください。

5. 保育の可否

1の病名により、児童を保育することが【 できる / できない 】

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院名
所在地

4箇所忘れずに記載してください。

電話番号

担当医師

※本診断書は、浦安市保育施設の支給認定決定と利用調整に必要となりますので、当てはまるすべての項目について記載がないものは無効です。

※保育の認定について、療養期間は最低1カ月必要です。

※本診断書の発行にかかる費用は、受診者の負担となります。