

診断書

〈保護者用〉

〈診断を受ける方〉					
住所					
氏名		生年月日: 年 月 日			
児童との続柄: 父・母・祖父・祖母・その他()					
初診年月日		年 月 日			
入院期間		通院及び今後の療養期間			
年 月 日から		年 月 日から			
年 月 日まで		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	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	社	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり	日	<input type="checkbox"/> できない状態である
常		会		常	<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要
生	<input type="checkbox"/> 一部制限あり	生	<input type="checkbox"/> 一部制限あり	保	(週4～5日程度)
活	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	活	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	育	<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。)					
記載日: 年 月 日					
検診医		住 所			
		医療機関名			
		医師名		印	

※保護者記入	児童名	入所保育所又は	
	生年月日 (歳)	第1希望保育所	

※この診断書は、保育所入所申請の添付資料として使用します。
この診断書に関するお問い合わせは宮古島市役所 子ども未来課 保育幼稚園係 (代表)0980-72-3751