

# 診断書

〈保護者用〉

〈診断を受ける方〉			
住所			
氏名		生年月日: S・H 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
常	<input type="checkbox"/> 一部制限あり	会	<input type="checkbox"/> 一部制限あり
生	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	生	<input type="checkbox"/> 特に制限なし
活		活	
			<input type="checkbox"/> できない状態である
			<input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要 (週4~5日程度)
			<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。)			
令和 年 月 日 (診断書作成年月日)			
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児童家庭課 保育係 TEL0980-73-1966