

診断書《保護者用》

【ご記入される医師の方へ】

この診断書は、保護者等が療養時間を確保するために必要な「家庭での育児負担を軽減すべき時間数」を把握するために使用するものです。
記入された内容が、保育所等を利用できる時間数の判断基準となります。

1. 診断を受ける方	住所			生年月日	
	氏名			児童との続柄	父・母・祖父・祖母・その他()
2. 病名及び初診日	病名			初診日	年 月 日
3. 療養期間等	(1) 複数選択可	☐ 入院（期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで） ☐ 通院（週 回 または 月 回）			
	(2)	療養期間 ※見込みで構いませんので、必ず記入してください。 (年 月 日 から 年 月 日 まで)			
4. 日常生活	☐ 特に制限なし ☐ 制限あり(下記(1)を記入)				
	(1)	車の運転について	☐ 特に制限なし ☐ 推奨しない または 運転可能な状態ではない		
5. 家庭での育児	☐ 特に制限なし ☐ 家庭保育における育児の負担軽減が必要(下記のいずれかをチェックしてください)				
	1週間あたりに必要な 育児軽減時間		☐ 週30時間以上の保育軽減を必要とする ☐ 週16時間以上30時間未満の保育軽減を必要とする ☐ 週16時間未満の保育軽減を必要とする		
6. 症状及び所見	上記5. で「家庭における育児の負担軽減が必要」を選択した場合、その状況を具体的に記入してください。				
上記のとおり診断する。 診断書作成年月日 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名 印					

保護者記入欄	児童氏名	児童生年月日	施設名
		年 月 日	(入所中・申込中)
		年 月 日	(入所中・申込中)
		年 月 日	(入所中・申込中)

お問い合わせ先：宮古島市役所 こども未来課 保育こども園係（代表）0980-72-3751