# 診　　断　　書

〔保護者・同居者用〕

【診断を受ける方】

氏名：

生年月日：　　年　　月　　日

住所：

初診年月日：　　年　　月　　日

| 病名： | 症状： |
|---|---|
| 入院期間：<br>年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで<br>※入院期間に家族による常時の看護を<br>1．　要する　　2．　要さない | 通院及び今後の療養期間：<br>年　　月　　日から<br>年　　月　　日まで<br>（通院：　週　　回　または　　月　　回）<br>**※長期療養を要する場合は、<u>令和８年度を含む期間</u>をご記入ください。**　（令和8年度：R8.4.1～R9.3.31） |

病状等から各項目の該当する箇所にチェック☑をご記入ください。

| 日常生活【 | 日常保育【 | 社会生活【 |
|---|---|---|
| □　著しい制限あり。 | □　できない状態である。 | □　著しい制限あり。 |
| □　一部制限あり。 | □　保育の軽減が必要（週4～5日程度）。 | □　一部制限あり。 |
| □　特に制限なし。 | □　保育の軽減が必要（週2～3日程度）。 | □　特に制限なし。 |
| | □　特に影響なし。 | |

診断書作成年月日

年　　月　　日

医療機関名

住所

医師名　　印

※この診断書は、保育所入所等への入所申込の際に児童を保育できない理由および必要度を確認するための資料として使用します。

| 保護者記入欄 | |
|---|---|
| | 児童氏名：　（　　） |
| | 在園状況：　新規申込　・　在園　（　　） |
| | 【上記の診断を受けた方】<br>氏名：　　児童との続柄：　父・母・その他（　　）<br>住所： |

※「通院及び今後の療養期間」を保育を必要とする期間とみなします。症状が軽減されましたら教育指導課までご連絡ください。

【お問い合わせ】　嘉手納町教育委員会　教育指導課　学務係　０９８－９５６－１１１１（内線２５７）