

## 診断書

1. 氏名		
2. 生年月日 年 月 日 男・女		
3. 初診日 年 月 日		
4. 診断名		
5. 現在の病状 (療養期間のわかる場合は期間をご記入ください。不明の場合、期間は未記入でお願いします。)		
(療養期間 年 月 日まで)		
6. 通院の状況 (該当項目に○印等のご記入及び□に✓をしてくださいようお願いいたします。)		
ア. 年 月 日より 入院中・入院予定 である。		
イ. 1ヶ月に 日、治療のため通院中である。		
ウ. 下記の状況により自宅療養を要する。		
<input type="checkbox"/> 常時寝たきりである。		
<input type="checkbox"/> 日常的に安静が必要である。		
<input type="checkbox"/> その他( )		
7. 1の者に係る家庭での保育についてのご所見 (該当項目に○印のご記入をお願いいたします。)		
ア. 家庭での保育は困難である。		
イ. 家庭での保育は可能である。		
記載日 年 月 日		
医療機関名	医師名	(印)

- ※ この診断書、あるいは同内容を具備する診断書をお願いします。  
※ この書類に関する費用等の負担は請求者(患者)になります。  
※ 診断書の有効期間は5に掲げた療養期間となります。ただし、療養期間が6ヶ月間を超える場合、もしくは療養期間が不明(未記入)の場合は診断日より6ヶ月間が有効期間となります。

### 保護者記入欄

児童名	生年月日 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中
児童名	生年月日 年 月 日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中