

保護者記入欄	入所（予定）施設名	児童名（ふりがな）
	在籍中・申込中	（ ）
	在籍中・申込中	（ ）
	児童からみた診断対象者との続柄	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・（ ）

※お子様が3名以上の場合は、連名でご記入ください。

診 断 書（光市・保育認定用）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、入院・通院・自宅療養等のため、家庭での保育ができないと認めます。

<病 名>

<保育ができない期間（治療が必要な期間）>

_____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日 ・ 未定

<症状及び保育ができない理由> ※1～3いずれかの状況に✓を記入してください。

1. 入院する必要がある、又は常時病臥（※）の状態である。

（※）常時病臥…おおむね1か月以上にわたり、1日の大半を病床に臥し、
原則として医師の診療を継続して受けている場合。

2. 週3日以上に通院加療が必要である。

3. 上記1、2以外で自宅療養が必要である。

上記のとおり診断します。

_____年 _____月 _____日

医療所在地 _____

医療機関名 _____

担当医師名 _____ 印（※）

連絡先電話番号 _____ - _____

（※）自署でない場合は、記名押印してください。

～医療機関の方へ～

※上記の内容が確認できれば、診断書の様式は問いません。

※必要に応じて電話等により内容を確認させていただく場合がございます。予めご了承ください。