**診断書（保育園等利用申込用）**

　清　須　市　長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| **医師記入欄** | ※この診断書は、保護者が保育を必要としているか判断するための必要書類です。　申込児童の健康診断書ではありません。 |
| １．患者氏名 |  | ２．性別 | □　男　・　□　女 |
| ３．生年月日 | 　　　　　　　　年　　月　　日 |
| ４．診断名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□国指定難病 |
| ５．初診日 | 　　　　　　　　年　　月　　日 |
| ６．現在の病状 |
|  |
| ７．就学前児童の保育についての所見（下記の該当する項目のいずれかに☑をつけてください。） |
| 　□　Ⅰ　上記の者は、治療・療養のため、就学前児童の保育が完全に不可能な状態である　□　Ⅱ　上記の者は、治療・療養のため、就学前児童の日中常時の保育が困難な状態である　□　Ⅲ　上記の者は、治療・療養のため、日中の保育が部分的に困難な状態である。 |
| ８．治療・療養にかかる期間（下記の該当する項目のいずれかに☑をつけてください。） |
| 　□入院（　　　　　日間）　□通院（週に　　回、　ヶ月に　　回）　　□療養　　治療・療養期間（見込み）：　　　　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※この診断書又は同内容を具備する診断書をご提出ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **保護者記入欄** |  |
| 患者の続柄 | 　　児童の　□父　□母　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 児童名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日　□申込中　□在園中（園名：　　　　　　　） |
|  | 　　　年　　月　　日　□申込中　□在園中（園名：　　　　　　　） |
|  | 　　　年　　月　　日　□申込中　□在園中（園名：　　　　　　　） |

上記の診断により保育の利用を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| **市役所記入欄** | □標準時間　□短時間　（　　　　月から） |