**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） |