

診断書

〈保護者用〉

〈診断を受ける方〉			
住所			
氏名		生年月日: 年 月 日	
児童との続柄: 父・母・祖父・祖母・その他()			
初診年月日		年 月 日	
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		通院及び今後の療養期間 年 月 日から 年 月 日まで ・通院(週 回 または 月 回) ※見込で構いませんので、療養期間については必ず記入してください。	
各項目の該当する箇所に☑を付けてください。			
日 常 生 活	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし	社 会 生 活	<input type="checkbox"/> 著しい制限あり <input type="checkbox"/> 一部制限あり <input type="checkbox"/> 特に制限なし
			<input type="checkbox"/> できない状態である <input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要 (週4～5日程度) <input type="checkbox"/> 育児の軽減が必要 (週2～3日程度) <input type="checkbox"/> 特に影響なし
症状 及び 所見 (児童の保育ができない状況を具体的にご記入ください。)			
記載日: 年 月 日			
検診医		住 所 医療機関名 医 師 名	
		印	

※保護者記入	児童名 生年月日 (歳)	入所保育所又は 第1希望保育所	
--------	------------------	--------------------	--

※この診断書は、保育所入所申請の添付資料として使用します。
この診断書に関するお問い合わせは宮古島市役所 こども未来課 保育こども園係 (代表)0980-72-3751