

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
日 常 保 育	<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		日 常 保 育
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