

< 様式② >

診 断 書

※施設名, 児童名, 生年月日を必ず記入してください。
※きょうだい2人以上利用中の場合は弟妹児への添付は不要です。
利用中のいちばん上のお子さんの児童名等を記入してください。

保護者記入欄	利用施設名	
	フリガナ	
	児童名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日

以下は医療機関の担当医師が記入してください。

患者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
診 断 内 容	傷病名						
	初診日	年	月	日			
	医師所見 (現在の病状)						
	入院の場合	年	月	日	～	年 月 日 / 未定	
	通院の場合	治療期間	年	月	日	～	年 月 日 / 未定
		通院回数	月 _____ 回 または 週 _____ 回 程度の通院を要す				
	日常生活の可否	<input type="checkbox"/> 常時援助(介護)を必要とし,身の回りのことができない <input type="checkbox"/> 家事や入浴など部分的に援助(介護)の必要がある <input type="checkbox"/> 援助(介護)の必要はなく,日常生活は普通にできる					
	患者が児童の保護者である場合は,以下の項目も記入してください。						
	就労の可否	<input type="checkbox"/> 就労は困難である <input type="checkbox"/> 就労は一部支障はあるが,軽作業であれば可能である <input type="checkbox"/> 就労は十分可能である					
	保育の可否	<input type="checkbox"/> 保育は困難である <input type="checkbox"/> 保育は一部支障がある <input type="checkbox"/> 保育は十分可能である					
上記のとおり診断します。							
令和 年 月 日		医療機関所在地: _____					
		医療機関名: _____					
		医師名: _____ (印)					
		電話番号: _____					

< 記入にあたってのお願い >

- ・この様式以外の診断書を使用する場合は,同様の項目を記入してください。
- ・証明事項の修正は,必ず医師または医療機関の訂正印を押印してください。

記入についての問い合わせ先: 高知市役所保育幼稚園課 (入所担当) 電話: 088-823-4012