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人以上の手続きの場合は，弟妹児への添付は不要です。
　その際はいちばん上のお子さんの児童名等を記入してください。

※入所申込みの場合は，第1希望の施設名を記入

保護者記入欄	利用(希望)施設	
	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 ※退院後も通院を要する場合は，下段の「通院の場合」にもご記入ください。		
	通院の場合	治療期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ／　未定	
		通院回数	月＿＿＿＿回 又は 週＿＿＿＿回 程度の通院を要す	
	日常生活の可否	☐ 常時援助（介護）を必要とし，身の回りのことができない。 ☐ 家事や入浴など部分的に援助（介護）の必要がある。 ☐ 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	☐ 就労は困難である。 ☐ 就労は一部支障はあるが，軽作業であれば可能である。 ☐ 就労は十分可能である。		
	保育の可否	☐ 保育は困難である。 ☐ 保育は一部支障がある。 ☐ 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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

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