|  |
| --- |
| この様式あるいは、同内容を具備する診断書でお願いします。 |

**診　断　書**

田原市長　様

診断日：令和　　年　　月　　日

医療機関住所：

医療機関名称：

医　師　名　：

※自筆による署名または記名押印をお願いします。

以下のとおり診断します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者住所 | 田原市 | | | |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　年　　月　　日 | 歳 |
| 傷病名 |  | | | |
| 症状 |  | | | |
| 治療期間 | * 年　　月　　日頃まで * 未定 * 永続的 | | | |
| 通院回数 | 月に　　回程度必要 | | | |
| 上記患者が児童を保有する能力 | □保育に支障なし　□やや保育困難　□保育困難　□保育不能 | | | |
| 上記患者を家族が看護する必要性 | □あり　　□なし | | | |
| 備考 |  | | | |

※この診断書は、保育の必要事由（保護者の疾病・障害）を確認するために必要とするものです。

**【以降保護者記入欄】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  |  |  | 児童との続柄 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
| 児童クラブ名 | 児童クラブ | 児童クラブ | 児童クラブ |
| 利用中・申込中・未利用 | 利用中・申込中・未利用 | 利用中・申込中・未利用 |
| 備考 |  | | | |

※保育の必要事由（保護者の疾病・障害）については、事前にご相談下さい。