診　　断　　書

〔保護者・同居者用〕

【診断を受ける方】

氏名：

生年月日：　　年　　月　　日

住所：

初診年月日：　　年　　月　　日

病名：	症状：
入院期間： 年　月　日から 年　月　日まで ※入院期間に家族による常時の看護を 1．　要する　　2．　要さない	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） **※長期療養を要する場合は、令和4年度の期間をご記入ください。**

病状等から各項目の該当する箇所にチェック☑をご記入ください。

【日常生活】
- □　著しい制限あり。
- □　一部制限あり。
- □　特に制限なし。

【日常保育】
- □　できない状態である。
- □　保育の軽減が必要（週4～5日程度）。
- □　保育の軽減が必要（週2～3日程度）。
- □　特に影響なし。

【社会生活】
- □　著しい制限あり。
- □　一部制限あり。
- □　特に制限なし。

診断書作成年月日

年　　月　　日

医療機関名

住所

医師名　　印

※この診断書は、施設等利用給付認定申請の際に児童を保育できない理由および必要度を確認するための資料として使用します。

保護者記入欄	
	児童氏名：　（　　）
	在園状況：　新規申込　・　在園　（　　）
	【上記の診断を受けた方】 氏名：　　児童との続柄：　父・母・その他（　　） 住所：

※「通院及び今後の療養期間」を保育を必要とする期間とみなします。症状が軽減されましたら子ども家庭課までご連絡ください。

【お問い合わせ】　嘉手納町役場 子ども家庭課 保育支援係　０９８－９５６－１１１１（内線１２３）