

診 断 書

保 護 者 記 入 欄	利用を希望する施設名 (保育園・認定こども園名)		(ふりがな) 児 童 氏 名	生年月日
				. .
				. .
				. .
	氏名			
	住所	安中市		

※同時に多子の入園申込をする際は、コピーでも可。ただし、児童数分コピーして提出してください。

1	氏名	
2	生年月日	年 月 日
4	病名	
5	初診日	年 月 日
6	発病時期	年 月 日
7	入院歴	無・有(年 月 日～ 年 月 日)
8	手術歴	無・有(年 月 日～ 年 月 日)

患者の病状についてお答えください。

①	生活(仕事・家事・育児等)に制限はありますか？	無 有→【仕事・家事・育児(○をつけてください)】に制限が必要である。
②	治療状況または方針をご記入ください。	現在・・・ 今後・・・
③	今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。	(ヶ月・月・週)に(日)の通院が必要と考えます。
④	医学的見地から、患者が未就学児の保育をすることが可能ですか？	可能と考える 不可能である →その状況はいつまで継続すると思われますか？ →① 年 月 日頃 ②未確定

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

証明者

住 所

医師名

電話番号

印

- ※ 診断書の内容に不正(虚偽)がある場合には、認定を取り消し、保育園の場合入所承諾も取り消します。
- ※ 診断書について、証明者(医師)に調査・確認する場合があります。
- ※ 記載もれがある場合、保育認定に影響を及ぼす場合がありますので、記載もれがないよう確認のうえ提出してください。
- ※ 証明者(医師)の印がないものは、無効となります。

問い合わせ先：安中市役所 こども課幼児教育保育係 TEL027-382-1111（内線1163, 1165）