

診 断 書

年 月 日

(あて先)香取市長

医療機関
所 在 地
医 師 名

以下のとおり診断します。

患者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名			
現在の状況 (1)・(2)のどちらか 該当のものについて ご記入ください。 ※記入箇所…該当項目のチェック+期間	(1) 保護者自身の疾病等のため保育にあたることができない場合		
	☐ 入院中・入院予定である 入院見込み期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ☐ 通院中であり、療養が必要である 療養見込み期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)  ☐ 常時寝たきり ☐ 自宅療養で安静を要する ☐ その他 ()		
	(2) 保護者が親族(疾病者)の介護又は看護のため保育にあたることができない場合		
	☐ 入院中・入院予定である 入院見込み期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ☐ 日常生活で、介護・看護を必要とする 介護・看護見込み期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)  ☐ 常時寝たきり ☐ 自宅療養で介護・看護を要する ☐ その他 ()		

※保育の認定期間…見込み期間の終了日が属する月の末日まで

保護者記入欄

児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望
児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望
児童名	生年月日	年 月 日	保育園在所・入所希望