保育所入所申込関係

保護者疾病

診　断　書

築上町子育て・健康支援課提出用

１．氏　　名	男　・　女
２．生年月日	年　　月　　日
３．初 診 日	年　　月　　日
４．病　　名	
５．現在の病状（療養期間が分かる場合は期間を記入してください。不明の場合は未記入にてお願いします。） （療養期間：　　年　　月　　日まで）	
６．受診等の状況（該当項目に○印及び□にチェックをご記入してくださいますようお願いいたします。） ア．　　年　　月　　日から　入院中　・　通院中である。 イ．　１ヶ月に　　日、治療のために通院中である。 ウ．　下記の状況により自宅療養を要する。 □　常時寝たきりである。 □　日常的に安静が必要である。 □　その他（　　）	
７．当該人の家庭での保育についてのご意見（該当項目に○印のご記入をお願いします。） １．家庭での保育は困難である。　　２．家庭での保育は可能である。	
令和　　年　　月　　日　医療機関 所 在 地 医 師 名　　印	

※この書類に関する費用等の負担は請求者（患者）になります。

保護者記入欄	保育所名
	児 童 名
	生年月日