

# 診 断 書

本別町長 宛

## 【患者記入欄】

患者氏名	生年月日 平成・昭和 . .	児童から見た続柄		
住所：				
児 童 名	生	平成・令和 . .	保 育 施 設 名	第一希望
	年	平成・令和 . .		第二希望
	月	平成・令和 . .		
日	平成・令和 . .			

## 【医師記入欄】 ※これは保育の必要性を確認するためのものです。

1. 病 名	
2. 現在の病状	
3. 療養に要する期間 (見込みでも記入してください)	令和 年 月 日～令和 年 月 日頃まで
4. 日常生活能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 日常生活は一人で可能である <input type="checkbox"/> 他者の援助（介護）が必要である（一部・ほぼ全部） <input type="checkbox"/> 常時安静が必要であり、家事や身の回りのことができない
5. 児童の保育能力の所見 (どれか一つにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 児童の保育が完全に不可能な状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中常時の保育が困難状態である <input type="checkbox"/> 児童の日中の保育が部分的に困難な状態である <input type="checkbox"/> 児童の保育は可能な状態である
上記のとおり診断します。	令和 年 月 日
医療機関名	_____
所在地	_____
担当医師名	_____ (印)