

# 診断書

(宝塚市地域児童育成会用)

(あて先) 社会福祉法人 聖隷福祉事業団

野上あゆみ保育園 園長

## 【保護者記入欄】

|           |  |
|-----------|--|
| 児童と患者との続柄 | 【続柄】: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 児童名/生年月日  | ( 年 月 日)   |
|           | ( 年 月 日)   |

## 【医療機関記入欄】

|               |   |  |
|---------------|---|--|
| 患者氏名          | 生年月日  | 年 月 日  |
| 傷病名           |   |  |
| 治療期間<br>(見込み) | ～ 令和 年 月 日 ・ 不明                                     |  |
| 入院期間<br>(歴)   | 現在・過去 年 月 日 ～ 年 月 日                                 |  |
| 疾病・負傷<br>の状態  | (A～Dのいずれかにチェックをつけてください。)                            |  |
|               | 入院  | <input type="checkbox"/> A 入院のため             |
|               | 居宅内療養   | <input type="checkbox"/> B 家庭内において常時安静が必要なため |
|               |   | <input type="checkbox"/> C 家庭内において一般加療が必要なため |
| 通院            | <input type="checkbox"/> D 比較的軽度ではあるが定期的に通院が必要であるため |  |
| その他所見         |   |  |

上記のとおり療養のため児童の保育が困難と認める。 令和 年 月 日

病院 (診察所) 所在地 \_\_\_\_\_

病院 (診断所) 名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_