

# 診 断 書

(保育所等入所、家族介護用)

対象者	住 所			
	氏 名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
病 名				
医師の所見				
介護の必要度		入院に常時付き添い 常時寝たきりの付き添い 週3回以上の通院の付き添い その他( )		
介護者の保育の可否		1 保育に支障なし      2 保育の軽減が必要 (週4～5日程度・週2～3日程度)      3 保育不能		
通院・往診の場合		治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
		回 数	週 回程度の通院・往診を要す	
入院の場合		入院期間	年 月 日 ~	年 月 日
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関住所				
医療機関名				
担当医師名 <span style="float: right;">(印)</span>				

※保護者記入欄

児童氏名			年 月 日 ( 歳 )
			年 月 日 ( 歳 )
			年 月 日 ( 歳 )
保育所等名			