

日之影町長 殿

診 断 書

医療機関名  
所 在 地  
電 話 番 号  
医 師 名 ㊟

下記のとおり診断する。

|                         |                                                  |      |              |       |   |
|-------------------------|--------------------------------------------------|------|--------------|-------|---|
| 氏 名                     |                                                  | 生年月日 | 1 昭和<br>2 平成 | 年 月 日 | 歳 |
| 診断日                     | 令和 年 月 日                                         |      |              |       |   |
| 傷病名                     |                                                  |      |              |       |   |
| 上記傷病の該当項目               | ①常時病臥 感染症 難病 ②安静を要する疾病<br>または精神性疾病 ③通院加療         |      |              |       |   |
| 上記傷病による<br>児童保育の可否      | 1 保育に支障なし 2 保育困難 3 保育不可                          |      |              |       |   |
| 症状等                     | ※保育が困難な状況を、具体的に記入してください。                         |      |              |       |   |
| 今後の治癒<br>見込期間           | 入院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日<br>通院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |      |              |       |   |
| 上記傷病による家族の<br>看護・介護の必要性 | 1.必要としない 2.必要とする                                 |      |              |       |   |

【保護者記入欄】 令和 年 月 日

|             |                                                                                 |             |                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| 1ヶ月以上の入院の場合 | <input type="checkbox"/> 入院期間のみの保育を希望 <input type="checkbox"/> 入院期間と通院期間の保育を希望  |             |                   |
| 入所要件        | <input type="checkbox"/> 本人の疾病要件 <input type="checkbox"/> 上記受診者の介護要件(要介護者との続柄 ) |             |                   |
| 住 所         |                                                                                 |             |                   |
| 申請児童から見た続柄  | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ( )                                                       |             |                   |
| ﾌｧﾐﾘﾅ       |                                                                                 | 申請・在籍<br>状況 | 施設名<br>申請中<br>在籍中 |
| 申請児童名①      | 令和 年 月 日生                                                                       |             |                   |
| ﾌｧﾐﾘﾅ       |                                                                                 | 申請・在籍<br>状況 | 施設名<br>申請中<br>在籍中 |
| 申請児童名②      | 令和 年 月 日生                                                                       |             |                   |
| ﾌｧﾐﾘﾅ       |                                                                                 | 申請・在籍<br>状況 | 施設名<br>申請中<br>在籍中 |
| 申請児童名③      | 令和 年 月 日生                                                                       |             |                   |

【問合せ先】  
日之影町役場 町民福祉課  
電話 0982-87-3802 FAX 0982-87-3811