

\*保護者（監護者）が疾病により保育の必要性を認定するための診断書となります。

\*右欄は保護者をご記入ください。下段は医療機関にて作成ください。

施設名	児童名
_____	_____ ( 年 月 日生) (継・申)
	児童名
_____	_____ ( 年 月 日生) (継・申)
	児童名
_____	_____ ( 年 月 日生) (継・申)

## 診 断 書 (疾病の認定書類)

患者（保護者等） 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 (T・S・H・R 年 月 日生) \_\_\_\_\_

### 1. 患者の状態

(1) 傷 病 名

(2) 病 状

(3) その他参考事項（1～5は要・不要等のいずれかに○をつけてください）

- |             |      |   |       |
|-------------|------|---|-------|
| 1 就 床 安 静   | 要    | ・ | 不要    |
| 2 日 常 的 介 護 | 要    | ・ | 不要    |
| 3 通院時の付き添い  | 要    | ・ | 不要    |
| 4 家事程度の作業   | 支障ない | ・ | 支障がある |
| 5 こどもの保育    | 支障ない | ・ | 支障がある |
| 6 その他：      |      |   |       |

### 2. 今後の治療見込期間

(1) 通 院 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで  
通院の程度 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 回程度 もしくは \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 回程度

(2) 入 院 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで  
退院後通院の程度見込 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 回程度 もしくは \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 回程度

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

奄 美 市 長 殿

医療機関名

担当医師名

※署名がある場合は押印不要です。

### ※ 主治医様

当診断書は、患者様が疾病を理由にご自身のお子様の保育所等の申込（利用）を希望しており、保育の必要性を確認する上で、保育に支障があるかないかを確認するために提出を依頼しています。見込み期間について、終了の期間が年度をまたぐ場合や、期間の判断が困難な場合はその年の年度末の日付を記載していただきますと、保育所等へ入所可能な期間として当該期間について保育の必要性を認めます。

また、児童が保育所等に入所している期間、現況の確認が必要なため1年に1回は最低でも提出が必要となりますので、ご理解ご協力くださいますようお願いいたします。