

診 断 書

① 氏 名		児童との続柄	父 ・ 母 祖 父 ・ 祖 母 その他 ()
② 診断名および 診 断 内 容			
③ 児童保育の可否 (①18歳以上の時)	1. 保育に支障なし 2. やや保育困難 3. 保育不能 <u>その期間 (見込み) : 令和 年 月 日頃まで</u>		
④ 今後の治療期間 (見込み)	<input type="checkbox"/> <u>入院 令和 年 月 ~ 令和 年 月 まで</u> <input type="checkbox"/> <u>通院 令和 年 月 ~ 令和 年 月 まで</u>		
⑤ 家族の看護・介護 の 必 要 の 可 否 (①を看護する者)	1. 必要としない 2. 必要とする <u>その期間 (見込み) : 令和 年 月頃まで</u>		
⑥ 看護・介護者氏名			

上記のとおり証明します。

伊方町長 様

令和 年 月 日

医療機関名 _____

担当医師氏名 _____ 印

※ 学童クラブは、放課後に保護者が家庭において十分な保育ができない状態のときに、家庭にかわって保育を行う施設です。本様式は入所に際し、家庭での児童の保育が困難であることを証明していただくためのものです。