

# 診 断 書

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

※ 保育所（2号・3号認定）は、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。