R9 府中市保育支援課

(傷病・障害・介護)

記入日　　年　　月　　日

診　　断　　書

※　本証明書の内容について、医療機関等に無断で作成し又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われる場合があります。

【氏　　名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日生）

【診 断 名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（□身体的疾患・□精神性疾患）

【入 院 歴】※記入日から１年以内に入院歴がある、又は今後入院を予定している場合に記入してください。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　から｛＿＿＿＿年＿＿月＿＿日まで
退院日が未定の場合、入院期間の予定は　□２８日以上　□２８日未満｝

【症 状 等】上記疾患について、該当するものに☑をしてください。(複数☑可)

□ 無気力・幻覚・幻聴・妄想・パニック等の症状がある。
□ 意識消失を伴う発作等の症状がある。
□ 治療による副作用等により、日中就学前児童の保育を行うことが著しく困難である。
□ 自傷行為又は粗暴な行為・言動があり、就学前児童の安全のため離れることが望ましい。
□ 家庭での生活に著しく支障があり、就学前児童の保育を行うことができない。

【通院回数】１週間に＿＿＿回 ・ １か月に＿＿＿回 ・ 年に＿＿＿＿回

【治療期間】 ＿＿＿＿年＿＿＿月頃まで　・　□未定　（３か月以上の通院治療：□要・□不要　）

【現在の状態】該当するものに☑してください。☑がない場合は「一人でできる」もしくは「見守りが必要」と判断します。

食事	□　一部介助が必要	□　全面介助が必要
衣服の着脱	□　一部介助が必要	□　全面介助が必要
入浴	□　一部介助が必要	□　全面介助が必要
排泄	□　一部介助が必要	□　全面介助が必要
屋内及び屋外での移動	□　一部介助が必要	□　全面介助が必要

上記のとおり診断します。

医療機関名・所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 医 師 氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

――――――以下、保護者記入欄(該当項目に☑をし、必要事項に記入してください。)――――――

上記診断書に記載以外で過去１年以内に２８日以上の入院歴がある、又は今後入院予定がありますか？

□はい　□いいえ

保育所(園)
幼稚園　＿＿＿＿歳児ｸﾗｽ　申込・入所(園)　フリガナ 児童名

※申込みの場合は、第1希望の保育所等名を記入してください。
※児童が複数の場合は、余白に全ての児童について記入してください。

受付		正		副	