

診断書

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所					
診断名					
現在の症状経過等					
治療期間	年 月 日 ～	☐ 年 月 日 ☐ おおむね 1 ヶ月 ☐ おおむね 3 ヶ月 ☐ おおむね 6 ヶ月 ☐ おおむね 1 年 ☐ 未定または不明			
入院の有無	☐ 該当しない	☐ 該当する 年 月 日から入院中（入院予定） 退院予定日 年 月 日 ※明確な場合のみ記入			
通院回数	週 回 または 月 回				
保育所等利用の 必要性の有無・理由	「日常的に安静にする必要があり、家で子どもを見ることができないため継続的な保育所等の利用が望ましい。」などの理由で明記してください。				

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

〔医療機関の方へ〕

- ・この診断書は、保育所等の利用申込みをしようとする保護者が児童の保育ができない状況にあることを確認し、保育の必要性を認定するために使用します。
 - ・この診断書記載の内容を具備する任意様式（※）の診断書でも構いません。
※「現在の経過等」「回復の見込み（治療期間）」、「保育所等利用の必要性」等の記載があること。
 - ・この診断書に関する費用等の負担は、請求者（患者）になります。
- ご不明な点がございましたら、担当課までお問い合わせください。

担当課：葛城市役所こども未来課 TEL（４４）５１０５