

診 断 書

患者氏名	
住 所	
生年月日	年 月 日生
疾 病 名	
症 状	

■上記の者は、療養のため児童の保育ができないと認める。(本人の場合)

- 1 1ヶ月以上入院している又は、入院を予定している。
- 2 通院加療が必要で、常に安静を要する。(週 30 時間以上)
- 3 定期的な通院加療が必要で、1日3時間以上、週4日以上安静が必要である。

■上記の者は、日常生活において介護の必要を認める。(親族の介護・看護の場合)

- 4 寝たきり・重度心身障害者のため、常時介護が必要であり(週 30 時間以上)、保育をすることができない。
- 5 日常生活、通院等に付き添うなど、介護が必要であり(週 30 時間以上)、常時保育をすることができない。
- 6 介護が必要であるため、昼間1日3時間以上、週4日以上保育をすることができない。

※1~6のうち、該当するもの番号に○印をつけてください。

保育できない期間 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地 _____

証明者 医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印

※この診断書、又は同内容を具備する診断書をお願いします。

(問い合わせ先 清水町役場子育て支援課 0156-69-2226)

保護者記入欄	保護者氏名	(患者との続柄) (児童との続柄)		
	入所(希望)保育所		入所(希望)保育所	
	児 童 氏 名		児 童 氏 名	
	児 童 生 年 月 日		児 童 生 年 月 日	