（保育施設入所用）

診　断　書（世帯員用）

※この欄は、保護者が記入してください。

児童氏名	
児童生年月日	年　月　日
保育施設	申請中　・　入所中
児童との続柄	父・母・祖父・祖母 その他（　　）

滝沢市福祉事務所長　様

年　月　日

次のとおり診断します。

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名　㊞

※この欄は、医療機関が記入してください。

受診者氏名		生年月日	年　月　日
住所			
病名			
症状及び所見			
今後の通院の状況	週　回　又は　月　回　・　不定期　・　必要なし		
療養期間等	年　月　日から　年　月　日（見込み）		
就労の可否	就労は（　困難　・　可能　）である。　※看護・介護・付添の場合は不要		

生活状況（※該当する項目にチェックをしてください。）

＜申請保護者が治療を要する又は障がいを有する場合＞

□　入院と同等の治療や安静を要し、自宅療養で常時寝たきりである。

□　自宅療養で安静を要する等、保育が日常的で困難である。

□　安静の必要はないが、月10日以上の通院加療が必要である。

□　上記以外の場合で保育が困難である。

＜申請保護者が治療を要する又は障がいを有する親族の看護・介護・付添にあたる場合＞

□　常時家族等の看護・介護・付添が必要である。

□　常時は不要だが、日常生活において恒常的に看護・介護・付添が必要である。

□　上記以外の場合で看護・介護・付添が必要である。

※この書類は保育所入所申込に当たり、児童の保護者等が滝沢市福祉事務所長に提出するものです。