（保育施設入所用）

**※この欄は、保護者が記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **保護者氏名** |  |
| **保育施設** | **申請中　・　入所中** |

**診断書又は意見書（児童用）**

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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **児童氏名** |  | **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） | | |
| **集団保育の適否** | 適　　・　　否　　（　　　　　　　年　　　　月頃まで　又は　　　　　歳　　　　か月まで） | | |
| **集団保育を実施**  **するに当たっての**  **留意事項等** |  | | |

※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。