

※保護者記入欄

ふりがな 児童氏名	生年月日	年 月 日生	施設名	幼稚園
保護者氏名	住所			
証明を受ける方の氏名	児童との続柄	父・母・その他()		
証明を受ける方が送迎にかかる時間	送り	分	迎え	分

診 断 書

診 断 を 受 け る 方	住所
	氏名 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
初 診 年 月 日	年 月 日
傷 病 名	
入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
通院及び今後の療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで ※通院 週・月 回・不定期
経 過 状 況 及 び 所 見	※仕事・家事・育児の制限を含めご記入ください。
現 在 の 状 態	【日常生活】 ※該当の□に✓し、育児・生活において特記すべきことがあればご記入ください。 <input type="checkbox"/> 日常生活に問題ない <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、一部介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 常時、臥病、また安静を保つ必要がある。 特記()
	【小学校就学前の子どもの育児】 <input type="checkbox"/> 特段の制限はなく、育児を行うことは可能である。 <input type="checkbox"/> 概ね育児は可能だが、症状の安定・改善のためには一部育児の援助が望まれる。 <input type="checkbox"/> 育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。 <input type="checkbox"/> 育児をすることは非常に難しい状態であり、早急に育児の援助が必要である。 特記()
上記のとおり診断します。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
所在地	
医師名	
印	

※この診断書は預かり保育の必要性を確認するために使用するものです。

小諸市役所 こども家庭支援課 こども保育係 電話0267-22-1700(内線2197)