

診 断 書

《保護者・同居者用》

《診断を受ける方》	
住 所 _____	
氏 名 _____	
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
児童との続柄 ()	
初診年月日 年 月 日	
病 名	症 状
入 院 年 月 日から 年 月 日まで	通 院 年 月 日から 年 月 日まで (週 回 または 月 回)
日常生活	症状等から該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 軽症であるが、定期的通院を要する (子どもの世話に支障がない)。 <input type="checkbox"/> おおむね 3~6 ヶ月間の治療を要する (日常生活・子どもの世話に一部支障がある)。 <input type="checkbox"/> おおむね 6 ヶ月以上の長期的治療を要する (日常生活・子どもの世話に支障がある)。 <input type="checkbox"/> 常時、臥床状態で子どもの世話をすることができない。
社会生活	社会生活について該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 著しい制限あり。 <input type="checkbox"/> 一部制限あり。 <input type="checkbox"/> 特に制限なし。
その他考慮すべき点がありましたらご記入ください。	
診断書作成年月日 令和 年 月 日	
医療機関名 住 所 医 師 名	
印	

この診断書は、保育所入所申込みの添付資料として使用します。

この診断書に関するお問い合わせ 浦添市役所保育課 876-1234(内線 3622)

保護者 記 入	児童名 生年月日 H・R 年 月 日	入所保育所又は 第 1 希望保育所	
	児童名 生年月日 H・R 年 月 日		