

# 診 断 書

氏名		生年月日	平成	年	月	日
傷病名						
診断日	平成 年 月 日					
病状等	■下記の事項についてお答えください。					
	・生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。					
	無 ・ 有					
	有の場合、下記に制限内容についてご記入ください。					
	・現在の治療状況及び今後の治療方針をご記入ください。					
	現在（ ）					
今後（ ）						
・医学的見地から、未就学児童の保育の可否についてご記入ください。						
保育困難と考える ・ 保育不可能と考える ・ 保育に支障はないと考える						
保育困難、保育不可能の場合、その状況はいつまで継続すると考えますか。						
⇒ 平成 年 月 日頃 ・ 未確定						
・家族の看護、介護の必要性についてご記入ください。						
必要と考える ・ 必要ないと考える						
必要の場合、その状況はいつまで継続すると考えますか。						
⇒ 平成 年 月 日頃 ・ 未確定						
上記のとおり診断します。			平成	年	月	日
医療機関名						
医 師			印			
電 話 番 号						

※この書類は保育所入所の必要性について確認する書類です。 (問い合わせ先)  
 ※印のないものは無効です。なお、訂正する場合は訂正印が必要です。 志摩市こども家庭課 0599-44-0282