

診 断 書

氏名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
傷病名						
診断日	昭和・平成・令和	年	月	日		
病状等	<p>■下記の事項についてお答えください。</p> <p>・生活（仕事・家事・育児等）に制限はありますか。</p> <p>無 ・ 有</p> <p>→有の場合、下記に制限内容についてご記入ください。</p> <p>()</p>					
	<p>・現在の治療状況及び今後の治療方針をご記入ください。</p> <p>現在 ()</p> <p>今後 ()</p>					
	<p>・通院頻度： か月 ・ 週間 に 回</p>					
	<p>■医学的見地から、いずれか該当する欄を記入ください。</p> <p>①保護者が「疾病・障がい」での認定を受ける場合</p> <p>②保護者が「介護・看護」での認定を受ける場合</p>					
	①	<p>・未就学児童の日中の家庭内保育の可否についてご記入ください。</p> <p>保育困難と考える ・ 保育に支障はないと考える</p> <p>保育困難の場合、その状況はいつまで継続すると考えますか。</p> <p>⇒ 令和 年 月 日頃 ・ 未確定</p>				
	②	<p>・家族の看護、介護の必要性についてご記入ください。</p> <p>必要と考える ・ 必要ないと考える</p> <p>必要の場合、その状況はいつまで継続すると考えますか。</p> <p>⇒ 令和 年 月 日頃 ・ 未確定</p>				
	<p>■下記の事項についてお答えください。</p> <p>【保育所・保育園・認定こども園の場合】</p> <p>・基本時間となる短時間保育（※）での利用で支障はありますか。</p> <p>※公立保育所・公立認定こども園・しまの杜保育園・しまの杜こども園…8：00～16：00 えがお志摩保育園…8：30～16：30</p> <p>【幼稚園の場合】</p> <p>・利用時間は教育時間も含めて8：30～16：00内での利用で支障はありますか。</p> <p>支障はないと考える ・ 支障はあると考える</p> <p>支障はあると考える場合、理由や妥当と思われる利用時間を記入してください。</p> <p>()</p>					
	上記のとおり診断します。		令和	年	月	日
医療機関名						
医 師						
電 話 番 号						

※この書類は保育の必要性について確認する書類です。

(問い合わせ先)
志摩市こども家庭課 0599-44-0282